Rok XLIII. Kraków 11 Czerwca 1904. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.

Podał

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

Fakt, na który wskazałem na innem miejscu [1]), że istotą schorzeń neurastenicznych są zaburzenia w układzie naczynio-ruchowym, że przeto neurastenia jest właściwie nerwicą nerwu spółczulnego, a t. zw. neurastenia okresowa kurczową nerwicą nerwu spółczulnego, albo innemi słowy, kurczową nerwicą naczynioruchową, powoli zostaje przyznawanym. W N. 7 z roku bieżącego (1904) pojawiła się w „Wiener klinische Rundschau" praca p. t. „Zur Aetiologie und Behandlung der Neurasthenie", której autor Höflmayer [2]) na str. 110 tak mówi: „Gdy zwrócimy uwagę na różnorodne zaburzenia naczynioruchowe większości neurasteników, które to zaburzenia bez wyjątku muszą być sprowadzone do zaburzonej czynności układu spółczulnego, jak np. na chłodne ręce i stopy, chłodną skórę (czy to na całej powierzchni ciała, czy też, i to szczególniej, częściowo), dalej — zmieniające się zabarwienie policzków i t. d., będziemy musieli przyznać, że rzeczywiście wielką liczbą przypadków neurastenii da się wcielić do obrazu zaburzeń funkcyi — lub schorzenia układu spółczulnego".

„Uważam za pomieszanie przyczyny ze skutkiem, gdy się mówi, że owe zaburzenia funkcyi układu spółczulnego występują pod postacią nerwic naczyniowych w towarzystwie neurastenii, gdyż to, co po wykluczeniu nerwicowych pozostaje, są to prawie wyłącznie tylko objawy wtórne owych „angioneuroz", jak n. p. szum w uszach, uczucie ucisku w głowie, bezsenność pomimo znużenia i t. d.".

Odpowiednio do tego poglądu na istotę choroby poleca też Höflmayer i leczenie, skierowane wyłącznie do doprowadzenia układu naczyniowego do stanu prawidłowego, analogiczne do tego, które i ja zaleciłem.

Zbadanie istoty omawianych tu schorzeń ułatwia znacznie poznanie innych spraw, ściśle z niemi związanych. Do tych ostatnich należy między innemi także sprawa dziedziczenia.

Pragnę tu opisać pouczający przypadek dziecka 7-miesięcznego z wyraźną kurczową nerwicą naczynioruchową, u którego obojga rodziców stwierdziłem to samo cierpienie.

[1]) „Przegląd lekarski" 1903. Nr. 12—17, tudzież „Sprawozdanie z Sekcyi psychiatryczno-neurolog. międzyn. Kongr. Madryckiego.«

[2]) Dr. L. Höflmayer: „Zur Aetiologie und Behandlung der Neurasthenie". (Wiener klinische Rundschau. Nr. 7. 1904).

Dodam, że dokładna znajomość paruletnia z tą rodziną i poznanie wszystkich jej stosunków pozwala mi z zupełną pewnością wykluczyć wątpliwości co do ojcowstwa, okoliczność, jak wiadomo, pierwszorzędnej wagi, choć może nie zawsze należycie uwzględniana.

Ojciec. *R.*, nauczyciel gimnazyalny, lat 29. Matka i pięcioro rodzeństwa pacyenta mają być nerwowi. Na czem atoli ta nerwowość polega, dowiedzieć się nie mogłem. Chorób somatycznych nie miał pacyent przebywać. W czasie studyów nadmiernie pracował, mało sypiał, a natomiast wiele pił herbaty i kawy, nigdy nie palił tytoniu i nie używał wyskoku. Od kilku lat nie używa pożywek, zawierających kofeinę, gdyż miał zauważyć, że czynią go wrażliwym, rozdrażnionym i ruchowo podnieconym „tak, jakby był na sprężynach". Przed dwoma laty wywoływał sobie co noc poty, gdyż to miało działać mu dodatnio na nerwy. Atoli uwaga lekarza, że zbyt częste pocenie się wpływa ujemnie na serce, spowodowała, że zaniechał tego procederu. Samogwałtowi nie miał się oddawać. Silnych długotrwałych wstrząśnień duchowych nie doznawał. Uczył się zawsze średnio, ale bez zbytnich trudności. Nerwowym czuł się pacyent zawsze, o ile to pamięta. Nie mógł nigdy długo zajmować się jednem i tem samem, szybko nudziło go wszystko i nużyło. Zamiłowania do pracy nie miał nigdy, pracował więcej dla tego, że mu kazano i nim kierowano, a znany był z tego, że nie miał zupełnie wytrwałości w pracy. Uczuciowo był i jest bardzo wrażliwy. Byle drobnostka wytrąca go z równowagi i lada co rozdrażnia i złości pacyenta. Czyjaś uwaga lub docinek czynią go na szereg godzin albo i dni nieszczęśliwym, chociaż pacyent jest świadom, że ogół niby sobie z tego nie robił; to szczególnie każe mu przypuszczać, że nie jest całkowicie zdrowym. Pacyent łatwo ma się entuzyazmować, a nie mniej łatwo daje się zastraszyć i jest, jak to on sam, tudzież jego otoczenie zauważyło, szczególnie podmiotowy w swoich poglądach, ocenach i postępowaniu. Często ma pacyent ulegać parodniowym stanom przygnębienia, w których czuje się nieszczęśliwym i opuszczonym. Jest on wtedy szczególnie czuły dla wszystkich i wszystkim przebacza. Stany te sam pacyent uważa wprost za chorobliwe. Spocenie się, a nie mniej gruntowne wyspanie mają usuwać te stany nieprawidłowe. Zapytywany, czy nie posiada okresów, w których szczególną ma skłonność do marzeń, przyznaje, że nawet bardzo często znajduje się w takich stanach. Wtedy nie ma najmniejszej chęci do pracy, nawet nie chce mu się wstać do jedzenia, tylko bezustannie, choćby w ciągu 2—3 godzin oddaje się swoim marzeniom, które sprawiają mu szczególniejsze zadowolnienie. Tych stanów pacyent nie uważa za chorobliwe, mówi tylko, że to już taka jest jego natura. Wreszcie zdarza się, że pacyent doznaje szczególniejszej żądzy czynu, co ma miejsce, jak pacyent podaje, głównie po niewyspaniu się, tudzież szczególniej w zimie; jest on wtedy niezwykle ruchliwy, ożywiony, głośny. Uważa się wtedy za bardzo zdrowego; atoli po ustąpieniu tego stanu pacyent doznaje poczucia, że wówczas nie musiał być zupełnie normalnym, wiele z tego, co w tym stanie powiedział lub dokonał, wydaje mu się obecnie za zbyt dobitne, lub jednostronne, często nawet za obraźliwe — i tego

radby się wyprzeć. Pacyent lubuje się bardzo w cieple, tudzież w świetle słonecznem, a bardzo jest wrażliwy na zimno. Najgorzej czuje się w zimie, a wogóle źle się czuje we wszystkie dnie chłodne całego roku; wtedy to najczęściej występują nieprawidłowe stany pacyenta, skłonność do marzeń, płaczliwość lub podniecenie. Również wrażliwym on jest bardzo na niedospanie. Bezsennie spędzona noc wybija go z równowagi, mąci jego myśli, czyni niezdolnym do pracy i w wysokim stopniu podnieconym. Zapytany o stan powłok skórnych, pacyent odpowiada, że szczególnie od czasu częstego stosowania środków napotnych przed 2-ma laty, zauważył on i uważają inni na nim dziwne zjawisko, że raz wygląda rumiano, tłusto, to znowu wkrótce potem dostaje wejrzenia, jak mówi, suchotniczego, o bladych, widocznie zapadłych policzkach. Szczególnie ma źle wyglądać wtedy, gdy jest zimno, a on nie jest dostatecznie odziany. Zdarza się, twierdzi pacyent, że wystarczy się rozebrać, aby cera ze zdrowej, rumianej, stała się bladą, suchotniczą. Na pytanie o stosunku tych zmian w wyglądaniu do samopoczucia i stanu duchowego pacyenta, odpowiada, że dopiero to pytanie zniewala go do zastanowienia się, i że, o ile to sobie uprzytomnić może, obie owe zmiany w wyglądaniu zewnętrznem i w samopoczuciu występowały równocześnie. Co zaś do tego, która jest przyczyną, a która skutkiem, odpowiada, że, wobec tego, że zimno wywoływało obie te zmiany, sądzi, że nieprawidłowy stan powłok skórnych pociągał za sobą nieprawidłowy stan psychiczny.

Badanie pacyenta, przedsiębrane parokrotnie przy umyślnie zmienionych warunkach, stwierdziło, że mamy do czynienia z typową postacią kurczowej nerwicy naczynioruchowej. Zadziałanie zimnem na pacyenta powoduje zblednięcie powłok skórnych, ich ochłodzenie, stwierdzane dotykiem, łatwo dostrzegalne zmniejszenie objętości i napięcia, po pewnym czasie spierzchnięcie warg, nalot na języku, stwardnienie w okolicy kiszki grubej, podniecenie w zachowaniu się, głośniejsze mówienie, gestykulacyę, ruchy urywane, błyskawiczne itd. itd. Wprawienie pacyenta w stan prawidłowego rozszerzenia naczyń skórnych pociąga za sobą ustąpienie wszystkich wspomnianych objawów.

Co się tyczy stanu ogólnego pacyenta, to ten nie okazuje zbyt wielkich osobliwości. Pacyent jest osobnikiem o budowie średniej, odżywieniu miernem, ulega rozedmie płuc miernego stopnia. Układ krwionośny i serce bez widocznych zboczeń. Uciskanie brzucha w przebiegu nerwu spółczulnego, jak również okolicy splotu trzewnego i podbrzusznego, nie bolesne. Pole widzenia nie jest ograniczone. Źrenice oddziaływują na światło prawidłowo. Nerwy VII i XII pary — bez zmian. Ruchomość, czucie i odruchy w kończynach górnych, dolnych i w tułowiu, prawidłowe. Skurczu stopowego, jak również odruchu Babińskiego, niema.

M a t k a. Pacyentka *F.*, liczy lat 28. Matka jej miała być zawsze nerwowa. Obecnie cierpi na „melancholię“, rzuciła się raz bez dostatecznego powodu do rzeki w celu samobójczym, bez powodu opuszcza dom mężowski na kilka dni, w czasie których upija się. Jeden brat źle się prowadzi, nie chce pracować, ma skłonność do picia.

W dzieciństwie pacyentka miała być nieśmiałą i bardzo wrażliwą na uwagi i wyrzuty. Te właściwości pozostały jej do dnia dzisiejszego. Najwięcej nieszczęśliwą czuje się pacyentka, gdy ją spotyka zasłużona uwaga, że uchybiła swoim obowiązkom. Była ona zawsze uparta, musiała zawsze postawić na swojem. Uczyła się dość dobrze. W 20-tym roku życia miała zajście, które wstrząsnęło nią na długo: rodzice nie zezwolili jej poślubić człowieka, którego pokochała. Z tego powodu opuściła dom rodzicielski i dotąd nie może tego przebaczyć rodzicom. Innych wstrząśnień nie doznawała. Nigdy nie miała mieć pogodnego umysłu przez czas dłuższy, zawsze czemś się trapiła, a powody były zazwyczaj błahe, jak to zwykle potem sama przyznawała. Często miewała trwające kilka dni z rzędu większe przygnębienie, również bez dostatecznych powodów, jak to sama przyznawała po ustąpieniu przygnębienia. Skłonną była zawsze do marzeń, które była w stanie snuć nieraz całemi godzinami. Zbytnich podnieceń w sobie nie zauważyła: czy ich nie było, czy też ona na to nie zwróciła uwagi? podać nie umie. Od lat panieńskich była bardzo pobożną, nazywano ją bigotką. Pracowała zawsze wiele, choć na bliższe pytania odpowiada, że zwykle dzięki wysiłkom woli, a nie z zamiłowania do pracy, którego nigdy nie posiadała. Zapytana, jak osądza swój stan, oświadcza, że nerwową nie jest; rozumie bowiem przez nerwowość zbytnią żywość w ruchach, mowie i zachowaniu się, natomiast mówi, że już jej usposobienie jest takie, że lada powód, który dla innych jest obojętny, już ją wytrąca z równowagi psychicznej. Na zapytanie, czy to usposobienie swoje uważa za prawidłowe? odpowiada, że czuje to, iż prawidłową osobą nie jest.

Pacyentka skarży się na częste nieżyty dróg oddechowych, wiele wykrztusza. Stolec oddaje, o ile zauważyła, codziennie, lub co drugi dzień. Wyskoku nie używała nigdy, zresztą wyskok działa na nią bardzo ujemnie. Natomiast kawa była codziennym jej i jej rodziny napojem. Na dalsze pytania nadmienia pacyentka, że tak ona, jak i jej otoczenie zauważyło oddawna, że w barwie i wejrzeniu jej rąk i twarzy zachodzą częste różnice. Raz twarz jej wygląda pełna, rumiana, jędrna, to znowu, bez żadnego, jak sądzi, powodu staje się widocznie zapadłą i bezkrwistą. Skóra staje się wtedy niemal brunatną, suchą, występują na niej różne plamy, których w pierwszym stanie prawie zupełnie dostrzedz nie można. Zjawisko to zauważyła pacyetka na rękach, gdzie najlepszą dla niej wskazówką zaszłej zmiany jest luźne osadzenie na palcu i łatwe zsuwanie się pierścionka, który w stanie prawidłowym niemal nie daje się przesunąć. Czy na pozostałem ciele powłoki skórne ulegają tym samym zmianom, na to pacyentka nie zwróciła uwagi. Nie mniej nie są jej dokładnie znane warunki, w których następują oba powyższe stany; to jednak podać może, że stany te łatwo po sobie następować mogą. Nadto zaś pacyentka zauważyła, że jeżeli wstaje z łóżka ciepłego i odrazu się odkryje, a w pokoju chłodno, wtedy występuje opisany stan złego wyglądania na twarzy i zmian na rękach, co niema miejsca, gdy pacyentka wstaje tak, aby nie uledz nagłemu ochłodzeniu. Co do tego, czy stany te nie pozostają w związku ze zmianami w usposobieniu, pacyentka odpowiada, że przedtem nie zwracała na to uwagi, ale teraz, gdy sobie przedstawia te stany, widzi niewątpliwie, że nadmiernie wrażliwą, skłonną do zmartwień, niezbyt chętną do pracy itd. czuje się właśnie wtedy, kiedy np., wstawszy z łóżka, nie zachowała wspomnianej ostrożności.

Mąż pacyentki podaje, że uważa ją za osobę nienormalną tak, że niekiedy doznawał obaw, aby się w niej nie rozwinęło zupełne obłąkanie.

Badanie przedstawia osobę dobrze zbudowaną, widocznie niedokrewną; w lewym szczycie płucnym przytłumienie bez rzężeń. Uszy znacznie odstające, płatki uszne przyrosłe; jakby pewna niesymetrya pomiędzy prawą a lewą połową twarzy, zęby próchniejące, ale nie powyrywane. Przy przesuwaniu języka po zębach szczęki górnej zostaje na zębach wyraźny nalot. Z jamy ust czuć woń nieprzyjemną. Odruchy ścięgniste, szczególnie kolanowe, żywe; odruchy skórne, czucie, ruchomość itd., nie okazują zmian, wpadających w oczy.

Wielokrotne spostrzeganie stwierdza u pacyentki chód sztywny, nie mniej sztywne ruchy rąk i głowy. W całej postaci pewna nienaturalność, która przejawia się także w sposobie mówienia. Pacyentka widocznie usiłuje mówić frazami wyszukanemi, przyczem często tworzy nowe wyrazy. Mówiąc nawet o najprostszych rzeczach, stara się używać przenośni i zwrotów książkowych i technicznych, z których wielu nawet, jak nie trudno stwierdzić, nie rozumie. Czuje rodzaj niechęci do prostego nazywania rzeczy po imieniu. Przy opowiadaniu widocznie gubi się w słowach, których używa znacznie więcej, niż potrzeba do przedstawienia tego, co chce opowiedzieć. Podczas rozmowy twarz jej jest niemal

nieruchomą, pozbawioną nawet naturalnych ruchów mimicznych.

Celowo przeprowadzone zabiegi, jak niemniej spostrzeganie, potwierdziły w zupełności wyznanie pacyentki, dotyczące zmian, zachodzących na jej powłokach skórnych, tudzież ich związek z jej ogólnym stanem. Przedstawia ona obraz typowy kurczowej nerwicy naczynioruchowej.

Dziecko. Dziewczynka 7-miesięczna, budowy prawidłowej, bez objawów zwyrodnienia. Przyszła na świat w wyrunkach i w sposób prawidłowy. W narządach wewnętrznych żadnych zmian stwierdzić nie można Posiada tę samą kurczową nerwicę naczynioruchową, jaką mają rodzice Obydwa stany, prawidłowego i nieprawidłowego rozkurczu naczyń skórnych mogą być dowolnie u niej wywołane, bądź większem ogrzaniem, bądź choćby najlżejszem ostudzeniem powłok skórnych.

W stanie prawidłowym, wywołanym ciepłem utrzymaniem skóry, skóra jest na całem ciele jędrna, elastyczna, wilgotna, wyraźnie różowa, na dotyk ciepła. Na twarzy wybitne rumieńce i zaokrąglenie policzków, rączki wyraźnie pulchne i jędrne, skóra na nich daje się z trudem ująć w fałd. Usposobienie dziecka spokojne, łagodne. Jeżeli dziecina jest wyspana, może się bawić w ciągu kilku godzin. Nie płacze nawet wtedy, gdy leży w mokrych pieluszkach, lub gdy nie dostaje dłuższy czas pokarmu. Jeżeli nikogo przy niej niema, może sama bez płaczu leżeć spokojnie choćby parę godzin z rzędu. Niepokoju lub podniecenia ruchowego nie zdradza. Jeżeli przedtem była w stanie nieprawidłowym, lub gdy prawidłowo przychodzi już jej czas snu, zasypia odrazu, spokojnie. Przy dłuższem trwaniu tego stanu oddaje kał prawidłowo.

Gdy w tym stanie dziecko zostanie odkryte lub ostudzone, niemal w oczach zmienia się cały obraz Powłoki skórne na całem ciele widocznie blедną, policzki tracą rumieńce i nie są już tak okrągłe, jak przedtem; rączki i paluszki tracą pulchność, skóra na rączkach daje się łatwo ująć w fałd. Czyni to wrażenie, jak gdyby niemal w okamgnieniu następowało wyschnięcie skóry. Dotykiem wyraźnie stwierdzić można lekkie oziębienie powłok skórnych, szczególnie wyraźne po zewnętrznej stronie ud; skóra utraca swą wilgotność i elastyczność. Po dłuższym czasie występują spieczone wargi, szczególnie na górnej można było łatwo stwierdzić tworzącą się błonkę. Źrenice stawały się szersze. Tętno w tętnicy sprychowej stawało się znacznie mniejsze i szybsze o 10—15 uderzeń na minutę. Zwykle krótko po wystąpieniu stanu nieprawidłowego dziecko oddawało mocz, a wogóle podczas trwania tego stanu moczenie zdawało się być częstsze. Jeżeli dziecko utrzymywane było w stanie nieprawidłowym przez dłuższy czas, np. parę dni, to przez cały ten czas nie oddawało kału, chociaż w prawidłowym stanie oddawanie kału było prawidłowe. Gdy oddanie kału zostało umyślnie wywołane, to stwierdzano jego zbitość, w postaci bobków kozich, z widocznemi cząstkami śluzu. Zachowanie się dziecka w tym stanie jest niemal biegunowo odmienne od zachowania się w stanie poprzednim. Lada powód wywołuje płacz dziecka: czy to oddali się na chwilę matka, czy kto się nań skrzywi, czy będzie niewygodne lub zmoczone posłanie, dziecko utyskująco płacze. To znowu niezrobienie mu czegoś podług jego pragnienia sprowadza wybuch płaczu ze złością. Nic go nie zajmuje długo i jest niespokojne w ruchach i zachowaniu się. Zbyt krępuje je zwykłe nakrycie, bo rączki i nóżki jego są w ciągłym ruchu; często dziecko jest w stanie wykonywać jeden i ten sam ruch przez 10—15 minut bez przerwy, np. wyrzucanie obu nóżek do góry. Domaga się pożywienia, a gdy mu je podać, nie je prawie wcale. O zaśnięciu nie ma mowy. Choć zwykła pora snu nadchodzi, całemi godzinami nie zasypia i płakać lub kwilić może szereg godzin bez przerwy. Rodzice mówią, że wtedy jest to wprost nie to samo dziecko. Jak ze stanu pierwszego przez ochłodzenie sprowadzałem stan drugi, tak samo też ze stanu drugiego przez odpowiednie ogrzanie wprowadzałem dziecię w stan pierwszy prawidłowy. Mamy tu tę samą typową nerwicę naczynioruchową, jaką stwierdziliśmy u obojga rodziców tego dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.**

Wpływ truskawieckiej wody zwanej „Naftusia“ [1]) na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową (diathesis uratica).

Podał

Dr. Tadeusz Praschil

lekarz zdrojowy w Truskawcu.

(Dokończenie.)

B) Działanie „Naftusi“ w skazie moczanowej.

Badania moje przeprowadziłem na 2 przypadkach typowej skazy moczanowej, spostrzeganych w tym czasie w klinice. Pierwszy (*reguläre Gicht* Minkowskiego) przebiegał z licznymi napadami dny, którym towarzyszyła gorączka, a zatem była to postać ostra (spostrzeganie 62-dniowe), — drugi zaś (*irreguläre Gicht* Minkowskiego, *arthritis urophosphatica* Gemmla) bez właściwych napadów, postać zatem więcej przewlekła ze zgrubieniami i bolesnością w zajętych stawach (spostrzeganie 18-dniowe).

Pomimo rozlicznych starań ze strony kliniki, nie mogłem większej liczby chorych ze skazą moczanową poddać badaniu w tym czasie, z tej przyczyny, że cierpienie to wśród chorych, szukających pomocy w klinikach i szpitalach, spotyka się nader rzadko.

Przypadek 1: J. K., ,ensyonowany urzędnik, l. 65. Pochodzi z rodziny zdrowej, długo żyjącej. Chorób zakaźnych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. W ostatnich latach bardzo zeszczuplał, waga jego przed 10 laty miała wynosić 92 klgr. Wogóle nie chorował nigdy, jedynie w 25 roku życia pojawić się miały u niego w kończynach dolnych i górnych gośćcowe bole, które po kilkumiesięcznem trwaniu ustąpiły zupełnie w następstwie kąpielowego leczenia. W późniejszych czasach występowały tylko czasami lekkie bole w kończynach, które mu jednak w zajęciach codziennych nie przeszkadzały.

Do kliniki został przyjęty w dniu 25/X 1903. Choroba obecna rozpocząć się miała nagle nad ranem przed mniej więcej 3 tygodniami bolami i obrzękiem stopy prawej. Zastosowane wówczas zimne okłady uśmierzyły bole. W kilka dni jednak, potem wystąpił (również nad ranem) obrzęk, zaczerwienienie i tak silny ból w paluchu nogi prawej, że chory musiał pozostać w łóżku. W dwa dni później pojawił się obrzęk i ból w stawach palcowych stopy lewej, a następnie w obu kolanach. W ostatnim czasie bole wystąpiły również i w obu stawach barkowych. Bole te wogóle tak są silne, że chory nie może poruszać zajętymi członkami, a noce spędza bezsennie. Ciepłoty chory w domu nie mierzył, ale przypuszcza, że miał ją podwyższoną z powodu silnego pragnienia, upośledzonego łaknienia i małej ilości ciemnego, wysyconego moczu.

Badanie wykazało: Wzrost słuszny, budowa mierna, odżywienie podupadłe, waga 54·5 klgr. Ciepłota 38·1° C. Liczba tętna 90, tętno lekko niemiarowe narządy wewnętrzne bez zmian, w tętnicach obwodowych i tętnicy głównej mierna miażdżyca. Odnośnie do stawów stwierdzić można: obrzęk i silny ból przy ucisku: na I i II kręg piersiowy, lewe kolano, staw śródnożno-paluchowy i wewnętrzną stronę śródstopia lewego; obok tego ból, względnie tkliwość przy ucisku (bez obrzęku): na I kręgu lędźwiowym, na obu stawach barkowych, kolanie prawem, na obu stawach skokowych i stawach stopy prawej.

Badanie moczu, dokonane w pierwszych dniach pobytu chorego (przy dyecie mieszanej) w klinice, wykazało: ilość moczu 1390,

c. g 1·020; N ogólny 21·3 grm.; N. mocznika 15·6; N kwasu moczowego 0·371 grm. — co w stosunku odsetkowym do azotu ogólnego daje liczby: dla mocznika tylko 73·2%, dla kwasu moczowego 1·74%, a odliczając na NH_3, którego wtedy nie oznaczono, chociażby nawet 3% N, pozostawałaby na resztę ciał azotowych ogromnie wysoka liczba 22% N. Drugi rozbiór, wykonany w miesiąc po przybyciu chorego do kliniki w dniu 22/XI, dawał liczby już korzystniejsze, bo 82% na N mocznika, 2·3% na N amoniaku, bardzo wysoką liczbę 4·5% na azot kwasu moczowego, zaś już tylko 11·2% na N reszty ciał azotowych. Chory pozostawał wtedy na dyecie płynnej mlecznej [1]).

Przez czas pobytu *K.* w klinice, zmiany w stawach raz występowały, to znów znikały po kilku dniach, a kliniczna historya choroby notuje do końca grudnia 1903 r. 16 napadów dny z gorączką, przyczem kolejno prawie ani jeden staw oszczędzonym nie został. Gorączka wogóle, mimo podawania ciągłego 3—4 grm. aspiryny, względnie 4·0 salicylanu sodowego dziennie, w czasie od przybycia chorego do chwili rozpoczęcia moich badań (t. j. do dnia 2 stycznia 1904) trwała prawie bez przerwy, bo w ciągu 69-dniowego pobytu naliczyliśmy wówczas bezgorączkowych dni tylko 12, zaś z podwyższoną ciepłotą 57 dni. Gorączka wogóle była niewysoka, zwyczajnie nie przekraczająca 38° C., najwyższa 38·7° C., w dniu 10 grudnia 1903 roku, a zwykle rano 37·2°, wieczór 37·9° C. Po koniec grudnia spadła waga chorego do 50 klgr.

W czasie badań moich od 2/I do 3/III, a zatem w ciągu 62 dni, było już tylko 10 dni z ciepłotą nieco podwyższoną: 7/I — 37·1°, 8/I — 37·1°, 9/I — 37·1°, 10/I — 37·2°, 11/I — 37·5°, 24/I — 37·2°, 31/I — 37·0°, 2/II — 37·1°, 7/II — 37·6°, wreszcie 13/II — 37·0°; natomiast w ciągu 52 dni bezgorączkowych spostrzegano napadów dny już tylko 2, (jeden 6/I, drugi 7/II). Przez cały czas badania chory zażywał 1·0 aspiryny dziennie i pozostawał wciąż na tej samej pod względem jakości i ilości jarzynowo-mlecznej dyecie (mięso cielęce tylko na obiad).

Obok dyety przepisanej wypijał *K.* codziennie 1 litr wody, najpierw przez 6 dni pił wodę sodową, poczem od 7/I do 24/I „Naftusię“ codziennie świeżą, następnie przez dni 5 wodę zwykłą (z lwowskich wodociągów), dalej przez 6 dni bilińską, poczem przez 3 dni wodę „Salvator“ i sodową po ½ litra (razem 1 litr dziennie), następnie »Naftusię« po raz drugi przez 6 dni, potem »Salvator« przez 6 dni, wreszcie po raz trzeci »Naftusię« świeżą przez 7 i dawniejszą (2—3 tygodniową) przez 6 dni.

Na innem miejscu ogłoszę dokładne protokoły z moich badań, tutaj w tabliczce II. zestawiam przeciętne liczby z 62-dniowych spostrzeżeń.

Tablica II.

Rodzaj wody podanej choremu w ilości 1 litra dzienie	Czas trwania spostrzegania dni	Przeciętna ilość moczu na dobę	Przeciętny ciężar gatunkowy	Przeciętna ilość azotu na dobę wydzielonego jako										Przeciętna ilość kwasu moczowego na dobę	Przeciętny stosunek kw. moczowego do mocznika
				N ogólny	Mocznik	Stosunek azotu mocznika do N ogólnego	Amoniak	Stosunek N amoniaku do N ogólnego	Kwas moczowy	Stosunek N kwasu moczowego do N ogólnego	Reszta ciał azotowych	Stosunek N reszty ciał azotowych do N ogólnego			
Woda sodowa	6	1366	1·021	11·50	8·60	84·7%	0·285	2·48%	0·149	1·29%	2·466	11·53%		0·448	1 : 24
Woda »Naftusia“ świeża	17	1374	1·020	14·96	12·85	85·9%	0·363	2·45%	0·250	1·67%	1·597	10%		0·750	1 : 28
Woda zwykła	5	1287	1·019	11·5	9·55	83·0%	0·307	2·67%	0·165	1·43%	1·478	12·9%		0·494	1 : 23
Woda bilińska	6	1449	1·017	11·3	10·04	86·8%	0·266	2·35%	0·148	1·31%	0·846	9·54%		0·443	1 : 21
Woda „Salvator“ i Woda sodowa po ½ litra	3	1210	1·015	8·16	6·54	79·0%	0·22	2·7%	0·130	1·59%	1·270	16·71%		0·390	1 : 26
Woda »Naftusia« świeża	6	1375	1·018	11·3	9·87	87·3%	0·311	2·75%	0·203	1·79%	0·916	8·16%		0·608	1 : 29
Woda »Salvator«	6	1168	1·020	10·67	9·33	87·4%	0·255	2·4%	0·171	1·6%	0·914	8·6%		0·512	1 : 25
Woda »Naftusia« świeża	7	1334	1·018	11·88	10·26	86·4%	0·356	2·99%	0·191	1·61%	1·073	9·0%		0·574	1 : 27
Woda »Naftusia« stojąca 2—3 tygodni w butelkach	6	1388	1·017	12·46	10·87	87·2%	0·429	3·45%	0·202	1·72%	0·945	7·63%		0·646	1 : 25

Z tabliczki tej widzimy, że przeciwnie, jak u ludzi zdrowych, zwiększyła się u *K.* pod wpływem podawania „Naftusi“ odsetkowa zawartość N w kwasie moczowym w porównaniu do liczb, otrzymanych przy piciu innych wód. Zdaje mi się, że ta właśnie okoliczność jest bardzo korzystną, świadczy bowiem o lepszem wypłókiwaniu kwasu moczowego z ognisk dnawych, w których, jak wiemy, przychodzi do nagromadzania się kwasu moczowego, a raczej moczanu sodowego (Ebstein, Gemmel, Haig, Minkowski). Korzystne to działanie (w porównaniu do innych wód) widzimy także ze stosunku kwasu moczowego do mocznika, który według Haiga powinien wynosić w moczu prawidłowym najmniej 1:33 (w przypadku *A.* dochodził 1:37, zaś w *B.* nawet 1:40); przy skazie moczanowej natomiast jest o wiele niższym. W naszym przypadku doszedł ten stosunek nawet do 1:17, a przy piciu „Naftusi“ podniósł się do 1:25, 1:27, 1:28 i 1:29 na dobę; przy „Salvatorze“ zaś wynosił 1:25 i 1:26, przy wodzie sodowej 1:24; przy zwyczajnej 1:23; wreszcie przy wodzie bilińskiej tylko 1:21.

W końcu muszę zauważyć, że w czasie badań moich bardzo ciekawie zachowywała się u *K.* waga ciała. Badanie rozpocząłem przy wadze 50·3 kg.; waga ta po ukończeniu I. podawania „Naftusi“, mimo tej samej wciąż dyety i zna-

[1]) Obydwa rozbiory dokonane zostały w Instytucie chemii lekarskiej U. lw.

cznie zwiększonego wydalania ciał azotowych z moczem, podniosła się do 54 klg. W czasie picia wody zwyczajnej, bilińskiej i „Salvatora“ z wodą sodową stale utrzymywała się na tejsamej wysokości 54 kg., po drugiem podawaniu „Naftusi“ wykazują kliniczne zapiski 55·7 kg.; wreszcie po ostatniem podawaniu truskawieckiej wody 57·5 kg. W ciągu więc 2 miesięcy podnosiła się waga ciała (przeszło 7 kg.) stale w okresach podawania „Naftusi“, mimo wciąż jednakowej dyety, a zwiększonego wywozu ciał azotowych, coby świadczyło o lepszej wymianie i przyswajaniu materyi. Chory w tym czasie odzyskał siły, a bole z zajętych stawów ustąpiły zupełnie, jak również i obrzęki tak, iż *K.* jako ozdrowieniec mógł w dniu 31/III 1904 opuścić klinikę.

Przypadek II: M. Cz., majster murarski, zamieszkały na wsi, liczy lat 58. Ojciec odumarł go w dzieciństwie, powodów śmierci podać nie umie; matka zaś w 70 r. życia, jak podaje »ze starości«. Jedyna siostra żyje i jest zdrowa, więcej rodzeństwa nie posiadał. Do 18 roku życia zawsze zdrów, później miał przebyć kilkanaście dni trwającą »febrę«; a w 47 roku życia, w następstwie, jak podaje, wypicia 3 litrów piwa, uległ jakiejś 8-dniowej chorobie, połączonej z gorączką, bolami głowy i żołądka.

Przed 3 laty zauważył, że nie może dobrze władać lewą kończyną w stawie barkowym; w kilka dni potem wystąpił silny ból klatki piersiowej w okolicy mostka i duszność. Objawy te jednak bez leczenia ustąpiły, natomiast w jakiś czas pojawiło się utrudnienie ruchów w stawach palcowych i nadgarstkowym ręki prawej, a później i w stawie łokciowym tejże ręki. Proces chorobowy w dalszym przebiegu zajmował kolejno kolano lewe, potem prawe, skąd przeniósł się najpierw na stopę prawą, a później i lewą. Również wystąpiły takie same objawy w stawie barkowym i łokciowym strony lewej.

Stan taki kolejnego napadowego zajmowania rozmaitych stawów, które w tym przypadku okazywały obrzęk i znaczną bolesność, trwał przeszło rok tak, iż chory wogóle prawie poruszać się nie mógł i zmuszonym był przed 2 laty udać się do szpitala, skąd po jednomiesięcznym pobycie powrócił do domu, bez widocznego jednak polepszenia. Czy w czasie pojawiania się bolów i obrzęków w stawach występowała gorączka, podać nie umie. Cierpienie jego trwa prawie bez przerw przez całe ostatnie 3 lata, a zjawianie się bolów zupełnie nie jest zawisłe od stanu pogody. Przed 2 miesiącami wystąpiło nadto utrudnienie ruchów w lewym stawie szczękowym i przytępienie słuchu po tej samej stronie. Chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie nadużywał, miał jednak stale przez dłuższe okresy czasu pijać codziennie mierne ilości piwa. Między 30 a 40 rokiem życia miał być znacznie tęższy, niż obecnie. Do kliniki przyjęty został w dniu 9 kwietnia b. r.

Badanie narządów wewnętrznych, z wyjątkiem rozedmy płuc miernego stopnia i zmian miażdżycowych przeważnie w naczyniach obwodowych, innych zmian nie wykazało. Stawy palców ręki lewej, staw nadgarstkowy lewy, staw łokciowy prawy, oba stawy barkowe, tudzież obydwa palcowe, stawy palców wielkich u stóp — obrzękłe (zgrubiałe) i bolesne, a pod względem ruchu znacznie upośledzone. Skóra na wszystkich zajętych stawach napięta, niezaczerwieniona. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno 90. Waga ciała wynosi 61 klgr.

Czas doświadczeń moich w tym przypadku wynosił dni 18 (od 14/IV do 1/V). Z początku przez dni 12 zachowywał *Cz.* stałą dyetę mieszaną, prze 6 zaś ostatnich stałą jarzynowo-mleczną z 200 grm. cielęciny na obiad. W pierwszych 3 dniach (okres I.) pił chory wodę zwyczajną w dowolnej [3]) ilości; w 3 następnych (okres II.) wypijał litr wody sodowej dziennie; przez 6 dni dalszych (okres III.) podawałem na dobę 1 litr „Naftusi“ z transportów dawnych (stojących na klinice 6—8 tygodni) przy dyecie mieszanej (pod względem ilości i jakości codziennie jednakowej), wreszcie przez 6 dni ostatnich (okres IV.) również „Naftusię“ dawną przy dyecie jarzynowo-mlecznej. Chory regularnie co drugi dzień brał obojętną (34—35° C.) kąpiel, lekarstw zaś w czasie spostrzegania nie używał żadnych.

[3]) Ilość wody nie przekraczała 3 szklanek na dobę.

Dokładne daty szczegółowe z moich badań ogłoszę na innem miejscu; tutaj podaję tylko ostateczne wyniki w liczbach przeciętnych z poszczególnych okresów.

Ilość moczu wynosiła przeciętnie	w okresie	I	1270 ctm.³
przy wodzie sodowej	„	II	1720 „
przy „Naftusi“	„	III	1903 „
przy „Naftusi“	„	IV	1773 „

Ilość moczu była zatem znów największa przy „Naftusi“ i to szczególnie w okresie III. (*maximum* 2310 ctm. było w drugim dniu picia „Naftusi“, *minimum* 1500 w pierwszym dniu okresu IV.).

Ciężar gatunkowy, wynoszący w okresie I. — 1·023, spadł przy wodzie sodowej do 1·016, przy „Naftusi“ wynosił w okresie III. — 1·017, w ostatnim zaś 1·020 przeciętnie.

Ilość azotu ogólnego, wykazująca w okresie I. — 14·7 grm., a w II. — 16·1 grm., podniosła się przy „Naftusi“ w okresie III. do 18·9 grm., a w IV. do 21·3 grm. przeciętnie na dobę.

Ilość kwasu moczowego w moczu wogóle wysoka, bo 1·06 w okresie I., a 1·08 grm podczas picia wody sodowej, wzrosła pod wpływem „Naftusi“ jeszcze bardziej (o 0·2 na dobę) i wynosiła w okresie III. — 1·28 grm., a w ostatnim (IV.) 1·23 grm. przeciętnie dziennie.

Równocześnie zmienił się nader korzystnie pod wpływem „Naftusi“ nieprawidłowy u *Cz.* odsetkowy stosunek azotu zawartego w moczniku i kwasie moczowym do N ogólnego.

	N mocznika	N kwasu moczow.
Okres I. woda zwyczajna .	87%	2·5%
„ II. „ sodowa . .	83%	2·2%
„ III. „Naftusia“ . . .	89%	2·2%
„ IV. „ . . .	90%	1·9%

W ostatnim dniu podawania „Naftusi“ stosunek ten wynosił nawet 90% dla N mocznika, a tylko 1·7% dla N kwasu moczowego. Powtarza się zatem i w przypadku *Cz.* przy piciu wody truskawieckiej zwiększenie w moczu zawartości istot azotowych wyżej utlenionych (mocznik), a pomniejszenie niższych produktów utlenienia (kwas moczowy).

Taksamo stosunek kwasu moczowego do mocznika, wynoszący, jak już wspomniałem, w moczu prawidłowym najmniej 1:33, a wykazujący w przypadku *Cz.* w pierwszym dniu badań 1:24, zmienił się pod wpływem „Naftusi“ bardzo korzystnie:

okres I. (zwyczajna) . . .	1:26·3
„ II. (sodowa)	1:26·5
„ III. („Naftusia“) . . .	1:28·4
„ IV. „ . . .	1:32·5

Już zatem w okresie III. przy dyecie mieszanej stosunek ten poprawił się widocznie na korzyść mocznika; w okresie zaś IV. przy dyecie jarzynowo-mlecznej doszedł prawie do prawidłowej wysokości.

W przypadku *Cz.* zwróciłem również uwagę na zachowanie się fosforu. Ilość P_2O_5 wynosiła:

w okresie I. (zwyczajna) 2·62 grm.
„ II. (sodowa) 2·85 „
„ III. („Naftusia) 3·29 „
„ IV. „ 3·75 „

Ilość zatem fosforu wogóle pod wpływem „Naftusi“ wzrosła w tym przypadku skazy moczanowej w moczu znacznie i przez cały czas podawania tej wody stale się utrzymywała na temsamem wzniesieniu, co tem bardziej uderza wobec zachowania się fosforu w moczu u człowieka zdrowego (przypadek *A*), w którym, mimo podawania „Naftusi“, ilość wydalanego fosforu w pierwszych tylko dniach się zwiększyła, a już od 5-go dnia picia wody spadła do granic prawidłowych. Na podstawie tego przyznaćby trzeba słuszność zapatrywaniu Pfeiffera i innych autorów co do tworzenia się w skazie moczanowej w ustroju ludzkim trudno rozpuszczalnych podwójnych połączeń dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym. W istocie w naszym przypadku równolegle ze wzrostem ilości kwasu moczowego w moczu (a więc ewentualnie rozłożenia owego podwójnego połączenia lub zamiany tegoż na łatwo rozpuszczalne podwójne połączenie jedno-moczanu sodowego z fosforanem sodowym), zwiększa się również i ilość fosforu (a może fosforanu sodowego, a więc drugiego składnika tegoż połączenia) stale pod wpływem podawania „Naftusi“.

Zachowanie się chloru w moczu było w tym przypadku takie samo, jak zachowanie się w ustroju zdrowym.

W przypadku *Cz.* oznaczałem również i kryoskopię moczu; ponieważ robiłem to tylko w tym jednym przypadku, wniosków żadnych nie wyprowadzam, jak również i z oznaczania stopnia kwasoty moczu; wspomnę tylko krótko, że punkt marznięcia moczu w okresie I., wynoszący średnio — 1·58, spadł przy wodzie sodowej do — 1·30, przy „Naftusi“ w okresie III. dochodził do — 1·38, a w IV. podniósł się do — 1·60; mocz zaś stale, podobnie jak we wszystkich innych spostrzeganych przypadkach, posiadał odczyn kwaśny przez cały czas badania.

Waga ciała z 61 klg. spadła w okresie II. do 59·5, przy „Naftusi“ zaś w okresie III. podniosła się do 60, a w IV. do 60·5 klg., a więc zachowywała się podobnie, jak w przypadku I.

Zbierając razem wyniki moich badań we wszystkich 4 przypadkach, widzimy, że przy podawaniu truskawieckiej „Naftusi“:

1) zwiększa się wogóle ilość moczu i to znaczniej, aniżeliby to odpowiadało ilości wprowadzonej wody, a więc że „Naftusia“ działa do pewnego stopnia moczopędnie.

2) „Naftusia“ w porównaniu do wody zwyczajnej, sodowej, bilińskiej i „Salvatora“ zwiększa w moczu ilość substancyi azotowych i to wyraźnie na korzyść mocznika.

3) Ilość kwasu moczowego u ludzi zdrowych nie ulega wyraźnej zmianie; w przypadkach ze skazą moczanową ilość ta stale jest zwiększoną tak odsetkowo (w odniesieniu do całego N), jak i bezwzględnie.

4) Stosunek kwasu moczowego do mocznika, tak nieprawidłowy w przypadkach skazy moczanowej (przypadek I. — 1:17, przyp. II. — 1:24), przy piciu „Naftusi“ znakomicie się poprawia, osiągając prawie granice prawidłowe (w przyp. I. — 1:29, w II. — 1:32·5), a znacznie korzystniejsze, niż przy piciu innych podawanych wód.

5) W przypadkach ze skazą moczanową (przyp. II. ilość fosforu w moczu znacznie i stale się zwiększa, co wobec zwiększonej równocześnie ilości kwasu moczowego świadczyłoby o rozbijaniu trudno rozpuszczalnych połączeń kwasu moczowego z fosforem (dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym) pod wpływem picia „Naftusi.“

6) Dodatnie wyniki, otrzymane nietylko przy podawaniu „Naftusi“ świeżo ze źródła czerpanej, ale i kilka tygodni (3—8) przechowywanej we flaszkach, pozwalają wnosić, że wodę tę przez pewien przeciąg czasu (w naszych doświadczeniach do 8 tygodni) przechowywać można.

Wedle Minkowskiego przy leczeniu skazy moczanowej winno się wpływać na kwas moczowy w czworakim kierunku:

a) przez ograniczenie wytwarzania się go w ustroju;

b) przez zwiększenie wydalania kwasu drogą moczu;

c) przez przyspieszenie lepszego (wyższego) utlenienia się ciał białkowatych;

d) przez zwiększenie się rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi, sokach i tkankach ustroju.

W istocie w badaniach moich „Naftusia“ powodowała zwiększony wywóz kwasu moczowego (punkt b), odsetkowy wzrost N mocznika na niekorzyść niższych wytworów utlenienia (punkty c i a), tudzież zwiększenie bezwzględnej ilości mocznika (według Rüdelsa wzmagającego rozpuszczalność kwasu moczowego) i przemianę trudno rozpuszczalnego podwójnego połączenia dwumoczanu sodowego z fosforanem sodowym w łatwo rozpuszczalne podwójne połączenie jednomoczanu sodowego z fosforanem sodowym Pfeiffera (punkt d).

Wobec tego dodatniego wpływu „Naftusi“ na proces przemiany materyi w skazie moczanowej, uważać należy wodę truskawiecką — przy zastosowaniu odpowiedniej dyety (punkt a Minkowskiego) — za środek korzystnie działający w leczeniu tego cierpienia.

Zastanawiając się, w którym kierunku należy szukać podstawy do wytłómaczenia tego, do pewnego stopnia swoistego działania „Naftusi“, trudno było mi je odnieść do któregokolwiek z wykazanych w rozbiorze Prof. Radziszewskiego składników, tem bardziej, że składniki te w tak małej znajdują się ilości (0·084%) w „Naftusi“, iż woda ta zbliża się bardzo ku wodzie destylowanej (c. gat. 1·003). Działanie moczopędne i wypłókujące ustrój może w części należałoby odnieść do hipoisotonii (w odniesieniu do surowicy krwi) tej wody. Przy oznaczaniu bowiem punktu marznięcia znalazłem, że punkt marznięcia „Naftusi“ wynosi — 0·02, gdy wody zwyczajnej — 0·04, „Salvatora“ — 0·11, a bilińskiej — 0·21. Swoiste zaś działanie „Naftusi“ możeby wypadało odnieść do wpływu tych ciał organicznych żywicowatych, które nadają pewną woń i smak „Naftusi“, a których w innych wodach mineralnych niema i które widocznie z biegiem czasu w wodzie, dłużej przechowywanej, ulegają rozkładowi. Wynalezienie sposobu przechowywania tych połączeń byłoby wdzięcznem zadaniem balnectechniki.

Poczuwam się do obowiązku tu na tem miejscu wyrazić moją serdeczną i szczerą wdzięczność Profesorowi Antoniemu Glzińskiemu nie tylko za zachętę do pracy niniejszej, ale również i za liczne wskazówki i często mi udzielane rady podczas jej trwania, oraz za łaskawe odstąpienie do moich badań materyału klinicznego i chemicznej

pracowni w klinice lekarskiej we Lwowie. Demonstratorowi kliniki Dr. Wincentemu Czerneckiemu za chętną i dodatnią pomoc tak w przyrządzaniu płynów miareczkowych, jak i przy badaniach chemicznych mi okazywaną, również serdecznie dziękuję.

Piśmiennictwo. A. Haig: Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten (tłómaczenie z 5 wydania angielskiego). Berlin, 1902. — O. Minkowski. Die Gicht. Wiedeń, 1903. — Falkenstein: Ueber das Wesen der Gicht u. ihre Behandlung („Berliner klin. Wochenschrift" Nr. 3 z 1904). — A. Landau: Ueber die Stickstoffvertheilung im Harne des gesunden Menschen (Zeszyt 5 i 6 „Deut. Archiv für klinische Medizin", 1904). — W. Ebstein: 1) Gicht w „Deutsche Klinik", Tom III. 2) Gicht, Arthritis urica (uratica) w „Handbuch der praktischen Medizin" von W Ebstein und J Schwalbe. Stuttgart, 1901. — A. Albu: Die vegetarische Diät. Lipsk, 1902. — H. Gemmel: Die Gicht. Berlin, 1901. — E. Leyden i G. Klemperer: „Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik." Lipsk, 1904.

III. Wyciągi.

Belbèze. **Leczenie ostrego zapalenia woreczka żołowego przekłuciem aspiracyjnem i wstrzykiwaniami wody utlenionej.** (*Archives géner. de médecine* Nr. 20, 1904). Przecięcie woreczka żołowego w leczeniu ostrego jego zapalenia nie zawsze można zastosować; napotyka się bowiem na opór ze strony chorych. Autor od dwóch lat posługuje się z dobrym wynikiem metodą następującą: Po oczyszczeniu pola operacyjnego wkłuwa w miejscu najwyraźniejszego chełbotania grubą igiełkę Pravatza. Gdy się przedtem już wytworzyła przetoka, może ona służyć za otwór do wprowadzenia igły. Skoro ropa się pokaże, wypompowuje się tą samą strzykawką całą treść ropną woreczka żołowego. Wstrzykuje się następnie przez otwór igiełki do wnętrza woreczka wodę utlenioną. (Dla zupełnego jej zobojętnienia rozpuszcza się w niej przed użyciem odrobinę boraksu). Po wyjęciu igły uciska się lekko obrzmiały woreczek tak, że cała treść jego wydostaje się na zewnątrz. Wstrzykiwania wody utlenionej powtarza się jeszcze kilka razy, dopóki płyn, wydostający się z woreczka, nie straci cechy wydzieliny śluzowo-ropnej. Po tym zabiegu zakłada autor lekki opatrunek ochronny. W następnych dniach można powtórzyć zabieg aspiracyjny i przepłókiwania woreczka wodą utlenioną. Objawy zapalne ustępują natychmiast, a przy równoczesnem sondowaniu dróg żołowych wyleczenie zupełne następuje w bardzo krótkim czasie.
W. Reis.

Dr. Hans Sachs. **O konstytucyi tetanolizyny.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 16. Według zapatrywania Arrheniusa i Madsena działanie antytoksyn na toksyny jest podobnem do działania słabych kwasów na słabe zasady i można do niego zastosować w całej pełni prawo działania mas, podane przez Guldberga i Waagego. W prawie działania mas uwzględniamy chyżość odczynu, tudzież równowagę ustalającą się po skończeniu odczynu, n. p. po zmieszaniu alkoholu etylowego z kwasem octowym tworzy się po pewnym czasie $^2/_3$ teoretycznie obliczonej ilości octanu etylowego i wody, reszta zaś kwasu i alkoholu pozostaje niezmienioną. Jeżeli kwasu octowego dodamy nie naraz, lecz częściami, to w wyniku końcowym będziemy mieli ten sam wynik ilościowy. Już prace Dungerna nad toksyną błoniczą udowodniły, że chemizm działania antytoksyn na toksyny jest inny, że jeżeli do antytoksyny będziemy dodawali toksyny częściami, wtedy działanie antytoksyny okaże się słabszem, aniżeli gdy tę samą ilość jadu dodamy odrazu. Autor przeprowadzał swoje doświadczenia z tetanolizyną i antytetanolizyną w ten sposób, że do stałej ilości antytoksyny dodawał jednakiej ilości toksyny, lecz w jednej seryi doświadczeń odrazu, w drugiej, wykonanej równocześnie, częściami. Wynik doświadczeń wskazywał niewątpliwie, że po dodaniu toksyny częściami pozostawała znaczna część jadu wolną. Z powyższego wynika, że odczyn między tetanolizyną a antylizyną nie przebiega na sposób odczynu między słabym kwasem a słabą zasadą, n. p. kwasem borowym i amoniakiem, że więc zapatrywanie Arrheniusa i Madsena jest mylnem. Daleko prościej rozwiązuje dane pytanie teorya Ehrlicha. Jeżeli przyjmiemy za Ehrlichem, że w skład jadu wchodzą prócz toksyny jeszcze słabiej działający tokson i epitoksoid, sprawa staje się wtedy jasną. Po dodaniu części jadu do całej ilości antytoksyny zobojętniamy w nim prócz toksyny także część toksonu i epitoksoidu tak, że po dodaniu reszty jadu brak już antytoksyny do zobojętnienia toksyny; jeżeli natomiast do antytoksyny dodamy odrazu całą ilość jadu, wtedy zostanie zobojętnioną cała ilość toksyny, a pozostaną tokson i epitoksoid jako substancye słabo lub wcale toksycznie nie działające, a mające do antytoksyny znacznie słabsze powinowactwo. W powyższem tłómaczeniu trzeba jednak przyjąć za autorem, że lubo tokson ma mniejsze powinowactwo do antytoksyny, niż toksyna, to przecież raz z antytoksyną połączony daje związek tak trwały, że później dodana toksyna nie jest go w stanie rozerwać. Jeżeli naodwrót do toksyny będziemy dodawali częściami antytoksynę, wtedy dostajemy wynik, wcale się nie różniący od tego, jaki powstaje po dodaniu tej samej ilości antytoksyny naraz.
Seńkowski.

Doc. Dr. Blumreich. **Doświadczenia, zmierzające do poznania przyczyn występowania porodu.** (*Archiv f. Gyn.* Tom 71, Zesz. 1). Omówiwszy dotychczasowe teorye o przyczynach, wywołujących poród, oraz doświadczenia, przedsiębrane w celu przekonania się o pobudliwości macicy ciężarnej i nieciężarnej na rozmaite bodźce drażniące, przedstawia autor swoje doświadczenia, wykonane na królikach. Używał on głównie tych bodźców drażniących, które ze względu na wywołanie porodu mają mieć ważne znaczenie przyczynowe: starał się więc przekonać o wpływie krwi, przeładowanej kwasem węglowym, — dalej krwi, ubogiej w tlen, wreszcie o wpływie czynników mechanicznych na skurcze macicy. Otrzymane wyniki są następujące: Podczas, gdy krew przeładowana kwasem węglowym bardzo wybitnie drażniła macicę nieciężarną (w 16 przypadkach), pozostała bez najmniejszego wpływu na macicę ciężarną. Pobudliwość macicy w przebiegu ciąży względem tego czynnika drażniącego tak dalece maleje, że w żadnym z 22 przypadków, użytych do doświadczenia, nie udało się wywołać porodu pod wpływem długotrwałego nawet oddychania kwasem węglowym. Krew, uboga w tlen, jest w każdym razie energiczniejszym czynnikiem drażniącym, aniżeli przeładowana kwasem węglowym, jednak nie do tego stopnia, aby mogła wywołać skurcze porodowe. I tu również okazało się, że i na ten czynnik drażniący próżna macica jest znacznie więcej pobudliwa, aniżeli ciężarna. Ponieważ w ustroju wśród warunków fizyologicznych nigdy nie może być mowy o tak znacznem przeładowaniu krwi kwasem węglowym, lub o zupełnym braku w niej tlenu, jak to właśnie przeprowadzono w doświadczeniach, przeto trudno przypuścić, aby 2 te czynniki mogły być istotną przyczyną, wywołującą poród. Natomiast pobudliwość macicy względem czynników mechanicznych jest bardzo wyraźna, i to znacznie wyraźniejsza w przebiegu ciąży; pobudliwość ta wzrasta w miarę postępu ciąży. Pod wpływem drażnień mechanicznych, nawet słabych, macica ciężarna oddziaływa tak silnymi skurczami, że może przyjść do porodu. O ile te wyniki, otrzymane drogą doświadczenia, mogą się przyczynić do wyjaśnienia sprawy, dotyczącej przyczyn, wywołujących poród i to zawsze w oznaczonym czasie, wykażą może dalsze spostrzeżenia i badania. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lesser. **W sprawie zapobiegania zatruciu jodowemu.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 46, 1903). Działanie trujące jodu tłómaczą niektórzy wytwarzaniem się wolnego jodu, który znowu natychmiast łączy się z białkiem ustroju. Lesser podaje wynik doświadczeń, jakie w tym kierunku przeprowadził w wrocławskiej klinice prof. Neissera. Przekonał się on, że po zażyciu soli jodowych nie można wykazać we krwi połączeń jodu z białkiem, lecz że krąży tylko wprowadzony jodek potasu we krwi, jako sól jodowa i to nietylko w osoczu krwi, lecz także w samych ciałkach krwi. Więc objawy jodyzmu nie są następstwem uwolnienia się jodu, lecz działania soli jodowych; powinno się więc mówić nie o „jodyzmie", lecz o „jodalkalizmie". Z różnych przetworów jodowych, wprowadzonych w nowszych czasach, jedynie jodypina jest prawdziwym postępem w leczeniu jodem, ponieważ — w przeciwieństwie do wszystkich innych przetworów jodowych — umożebnia stosowanie podskórne bez objawów podrażnienia, względnie wywoływania ropni w miejscu wstrzyknięcia. Przy stosowaniu przez usta natomiast sprowadza jodypina zatrucie jodowe, jak po używaniu jodku potasowego. Wielkie ilości zasad jodowych, dostających się nagle do krążenia przy stosowaniu jodku potasowego i jodypiny, użytej przez usta, nagle zalanie niemi tkanek, szczególnie błon śluzowych, najwięcej gromadzących jodek potasowy, oto przyczyny „jodalkalizmu", ponieważ następujący nagle w każdej dawce przypływ soli jodowych do błon śluzowych, sprowadza w nich stan nieżytowy. Dla praktyki, względnie zapobieżenia zatruciu jodowemu, wynika z tego nauka, iż celem uniemożebnienia nagłego masowego wchłaniania zasad jodowych dążyć należy do powolnego wessania przetworów jodowych, a to: 1) przez podawanie soli jodowych z ciałami klejkiemi, ponieważ te przeszkadzają szybkiemu wnikaniu do tkanek soli jodowych, łatwo wessalnych; 2) przez rozłożenie dawki dziennej na jak najliczniejsze dawki pojedyncze; 3) przez stosowanie przetworów jodowych w lawatywach (2·0 jodku sodowego na 30·0 wody i 5 kropel nastoju makowca); 4) przez podawanie prze-

tworów, zastępujących sole jodowe (białkany jodowe, tłuszcze jodowe). Te przetwory muszą się dopiero powoli w ustroju zamieniać na sole jodowe, by uledz wydzieleniu moczem; 5) przez wstrzykiwania jodopiny. Tym sposobem uda się prawie zawsze uniknąć nieprzyjemnego wpływu ubocznego przetworów jodowych — „jodalkalizmu“, bez osłabienia ich działania leczniczego. *Baschkopf.*

Theleman. **O dekapsulacyi nerki.** (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 15). Autor robił dwa lata doświadczenia na królikach z dekapsulacyą nerki. Dostawał się do nerki zaotrzewnowo, wydobywał ją, przecinał torebkę cięciem podłużnem, ściągał ją aż do wnęki, jednakże torebki nie odcinał. Następnie kładł nerkę na swoje miejsce i zaszywał ranę. Na mocy swych dalszych badań drobnowidowych doszedł on do przekonania, że z resztek torebki, pozostawionych przy operacyi lub z przegród, wnikających w miąższ nerkowy z jednej strony, a w torebkę tłuszczową z drugiej, wytwarza się już względnie w krótkim czasie torebka. Co się zaś tyczy unaczynienia nowowytworzonej torebki, to autor nie może wypowiedzieć stanowczego zdania, gdyż próby nastrzykiwań, przedsięwzięte w tym kierunku, nie doprowadziły do żadnych wyników. W każdym razie nie wywiera dekapsulacya na miąższ nerkowy szkodliwego wpływu. Idzie o to, czy operacya ta wpływa dobrze na przebieg choroby nerkowej. Według autora jest tu tylko polepszenie przemijające, które można wytłómaczyć chwilowem zwolnieniem ucisku nerki, a ponieważ badania zupełnie nie wykazują, żeby w nowej torebce zwiększyło się unaczynienie, a już po 14 dniach po operacyi są te same stosunki anatomiczne, co i dawniej, więc o trwałem wyleczeniu musi się wątpić, tembardziej, że obecne wyniki kliniczne nie są bez zarzutu. Ciężkie przypadki, operowane przez Edebohlsa, zakończyły się śmiertelnie: lżejsze wyszły z polepszeniem, lub wyleczone; lecz przypadki te może można było wyleczyć i bez operacyi. Ujemną stroną operacyi jest zastosowanie uśpienia chloroformem, który na nerki działa bardzo szkodliwie. *B. Żmigród.*

Bier i Dönitz. **Znieczulenie rdzenia pacierzowego.** (*Münch. medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 14). W przypadkach, w których uśpienie chloroformowe lub inne z różnych względów jest przeciwwskazane, stosował twórca metody znieczulenia rdzeniowego swój sposób, zarzucony, a obecnie o tyle zmieniony, że do kokainy dodawał któryś z preparatów nadnercza. Takich przypadków ma 121; z tych w 56 dodano do kokainy adrenalinę, a w 65 suprareninę. Postępowanie było tego rodzaju, że po udanem nakłuciu i wypłynięciu płynu mózgowo-rdzeniowego wstrzykiwali autorowie 1 ctm.³ $^1/_2$% rozczynu adrenaliny, a po 5 minutach przez pozostawioną igłę 0·005—0·02 w 1% rozczynie kokainy. Po 10 minutach przystępowano do operacyi. Stan chorych po tem rdzeniowem znieczuleniu bywał teraz inny, niż przedtem, kiedy wstrzykiwano tylko kokainę; z 56 przypadków tylko w 29 nie było żadnych następowych przypadów; u reszty były wymioty, poty, drżenia mięśni podczas znieczulenia, a po niem stale ból głowy, trwający nawet 8 dni, czasami wymioty. W niektórych pojedynczych przypadkach były zwykłe przypady, opisywane przy znieczuleniach czystą kokainą. W ten sam sposób stosowali autorowie kokainę z suprareniną w 65 przypadkach i doszli do przekonania, że między oboma przetworami nadnercza niema wielkiej różnicy. W każdym razie działają oba te przetwory antagonistycznie względem niebezpiecznego działania kokainy i jako takie, a w szczególności w zastosowaniu przy znieczuleniu rdzeniowem, mają swą przyszłość. Bier odniósł wrażenie, że przypady uboczne są tutaj znacznie słabsze, jakkolwiek są jeszcze dość przykre. Autorowie próbowali do wstrzykiwań różnych płynów, jednakże nie widzieli różnicy, czy płynem tym była woda, lub ciecz inna, izotoniczna z surowicą krwi, lub płynem mózgowo-rdzeniowym. Najlepiej znosili to znieczulenie ludzie starzy, szczególniej wynędzniali starcy: u tych występowały przypady następowe bardzo rzadko. Przetwory nadnercza umiejscawiają działanie kokainy, to też przy operacyach w okolicy otworu stolcowego autorowie wstrzykiwali w przestwór między 2—3 kręgiem lędźwiowym; w dawkowaniu także stosowali się do okolicy ciała: przy operacyach na kończynach dolnych, 0·005, nieco wyżej 0·01, a przy operacyach na międzykroczu 0·02. Bier starał się znieczulenie jeszcze wyżej otrzymać i wstrzykiwał znaczniejszą ilość płynu, ale podobnie, jak Trzebicky, który dla utrzymania znieczulenia wysoko, stosował podniesiono ułożenie miednicy, miał bardzo ciężkie przypady. Dopiero dalsze próby mogłyby pokazać, czy ułożenie wysokie miednicy nie dałoby lepszego znieczulenia w górnej części ciała przy stosowaniu kokainy z adrenaliną. Autorowie zauważyli także, że przy uwolnieniu worka przepuklinowego występowała bladość twarzy, małe tętno i poty, jakkolwiek chory nie uczuwał bolu. Bier wstrzykuje nie w pozycyi siedzącej, lecz leżącej, przy równoczesnem wyższem ułożeniu górnej części ciała. W 11 przypadkach wstrzyknięcie zawiodło zupełnie. Należy uważać na to, by rozczyn kokainy był dobry i świeży, nadto, by przed wstrzyknięciem wypłynęła pewna ilość płynu mózgowo-rdzeniowego. *B. Żmigrod.*

Schmidt. **Przyczynek do statystyki raków sutka.** (*Deutsche medic. Wochenschr.* 1904, Nr. 15). Operowanych było 211 przypadków; z tych w 46 wystąpił nawrót. Ze 113, które przez dłuższy czas były w obserwacyi, 32 było wyleczonych w tem znaczeniu, że co najmniej trzy lata nie było nawrotu. Ze wszystkich operowanych przypadków było 28·32 prc. uleczonych. Większa część raków zajmowała górną część sutka, a w każdym razie znajdowała się poza brodawką; wydarzało się częstokroć, że oba sutki były równocześnie zajęte. Robiono zazwyczaj amputacyę sutka z odpowiedniem opróżnieniem jamy pachowej, przyczem usuwano zawsze powięź mięśnia piersiowego wielkiego, częstokroć także i części tego mięśnia. *B. Żmigród.*

Schiele. **Leczenie inkrustacyi ołowiowych w tkance rogówkowej.** (*Wochenschrift f. Ther. und Hyg. des Auges.* Nr. 34, 1904). Okłady z octanu ołowiowego, zastosowywane przy istniejących równocześnie wrzodach rogówki, powodują wytwarzanie się plam rogówkowych, które później nie dają się już usunąć. Plamy te składają się z osadów soli ołowiowych, jak białkanów, siarkanów i fosforanów ołowiu.

Opierając się na doświadczeniu, że jodek potasu posiada własność wydalania przez nerkę znajdującego się w ustroju ołowiu, postanowił autor zastosować ten środek w przypadkach świeżych inkrustacyi ołowiowych. W obecności połączeń jodowych przechodzą połączenia ołowiu w jodek ołowiu, który w ciepłej wodzie lub w nadmiarze jodu bardzo łatwo się rozpuszcza. Aby ułatwić działanie jodku potasu, autor stosuje oprócz tego kwas jodowy. Postępowanie jest następujące: zapomocą wacika przykłada autor na powierzchnię owrzodziałą rogówki 3·5 prc. rozczyn jodku potasu, następnie w to samo miejsce 3·5 prc. rozczyn kwasu jodowego. Obok wyżej wspomnianego działania chemicznego wywołuje wywiązujący się jod odczyn zapalny, który oddziela tkankę chorą od zdrowej. Leczone w ten sposób świeże zaćmienia ołowiowe goiły się w przeciągu tygodnia bez pozostawiania plam; w sprawach przestarzałych autor metody tej jeszcze nie używał. *W. Reis.*

* * *

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenolu używa się w klinice prof. Spinelliego w Neapolu (*Archiv. italiano di ginecologia.* 1904, Nr. 1) w tych chorobach ginekologicznych, w których dotąd stosowano ichtyol; tampony napaja się 10 prc. glicerynowym rozczynem tigenolu; można też używać czopków pochwowych z tigenolem. Do wcierań w podbrzusze używają 6 prc. maści tigenolowej. Przepłókiwania pochwy 3 prc. wodnym rozczynem tigenolu działały szybciej i lepiej i mniej sprawiały chorym dolegliwości, niż $^1/_4$ prc. rozczyn nadmanganianu potasowego. *A.*

Lactagol, lek mlekopędny, przedstawia się w postaci drobnego proszku barwy blado-żółtej i ma smak mdły; wyrabia się z nasienia bawełny. Podaje się go po 10·0—12·0 dziennie. Dotychczasowe spostrzeżenia istotnie stwierdzają mlekopędne działanie tego przetworu, które już występuje po 12—72 godzinach. (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 10). *K.*

Krem rtęciowy. Leczenie kiły wcieraniami szaruchy napotyka niekiedy na wielkie trudności jużto dlatego, że wcieranie, jeśli ma być dobrze wykonane, jest pracą nieprzyjemną, trwać musi $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, nawet dłużej, potrzeba doń pewnej zręczności, odpowiedniego mieszkania, często zatajenia, następnie maść szara, rozkładając się, drażni skórę, wywołuje wyprysk, skóra staje się czarną, a bielizna brudną. Wobec tego prof. Havas uważa za procedurę ulepszoną stosowanie kremu rtęciowego. Jestto obojętny, rozpuszczony w glicerynie stearynian potasowy z domieszką $33^1/_3$% rtęci. H. leczył tym przetworym 57 przypadków kiły nawrotnej i 46 świeżej (72 prostytutek i 31 sług, u których wystąpiło 12 razy rtęciowe zapalenie dziąsoł z powodu nieprzestrzegania czystości ust). Objawy kiłowe ustępowały tak, jak po szarusze. Uwzględniając, iż krem ten podczas trwania leczenia wcieraniami nie sprowadza nieprzyjemnych przypadków, ledwie lub wcale nie brucze bielizny, nie drażni skóry, niema nieprzyjemnej woni, ulega wtarciu w 3—5 minutach, nie wymaga specyalnej zręczności, skutkiem czego można go łatwo wcierać w domu lub w kąpieli, uważa autor stosowanie tego przetworu za postęp w leczeniu kiły, zwłaszcza iż cena nie jest prawie wyższą od szaruchy. (*Pest. med.-chir. Presse,* Nr. 3, 1903). *Baschkopf.*

V. Rzut oka na działalność i wyniki lecznicze w „Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem.“

(Od dn. 10 listopada 1902 r. do dn. 30 kwietnia 1904 r. (włącznie).

Ułożyli

Kazimierz Dłuski i Zdzisław Czaplicki (asyst. Zakładu).

Myśl założenia I. na wielką skalę polskiego sanatoryum dla chorych piersiowych przyjęta została odrazu nader życzliwie przez najlepsze siły polskiego społeczeństwa, a w szczególności przez ogół lekarzy. Dzięki temu pierwotny zamiar mimo wielu napotkanych trudności, przeważnie natury materyalnej, został pomyślnie doprowadzonym do skutku. Dziś, dzięki sympatyi, jakiej użycza nasz świat lekarski sanatoryum w Zakopanem, może ono nietylko istnieć, lecz ma uzasadnione podstawy do pomyślnego rozwoju na przyszłość. Sądzimy, że sprawozdanie z działalności Zakładu w ciągu 18 miesięcy nie powinno być obojętnem dla lekarzy polskich.

Przechodzimy odrazu do liczb i faktów: z załączonej poniżej tablicy I widać, że w ciągu $1^1/_2$ roku istnienia Sanatoryum liczba chorych wynosi osób 275; liczba dni leczenia = 25.520, co na jednego chorego wynosi przeciętnie 92,8 dnia; z liczby tej jednak musimy wykreślić 48 chorych, mianowicie: 28 osób, których pobyt w Sanatoryum wyniósł mniej niż 1 miesiąc[1]), 6 osób, obecnie w leczeniu mniej niż od miesiąca, 11 osób profilaktyków, lub niegruźliczych, wreszcie 3 osoby, które zmarły w 8, 11 i 20 dni po przyjeździe do Sanatoryum — pozostaje więc 227 chorych, którzy stanowią przedmiot niniejszego sprawozdania.

Leczenie higieniczno-dyetetyczne gruźlicy płuc jest szeroko znanem w świecie lekarskim dzięki obszernemu piśmiennictwu zagranicznemu i znanym pracom naukowym u nas. Nie będziemy się więc szeroko nad niem rozwodzili. Pragniemy tylko zaznaczyć na wstępie, że w leczeniu naszych pacyentów nie uciekaliśmy się do żadnych środków swoistych, jak n. p. tuberkulina Kocha surowice Maragliano lub Marmorka, lub wreszcie hetol Landerera. Sądzimy bowiem, że środki te nie zyskały dość szerokiego prawa obywatelstwa w terapii gruźlicy, abyśmy mieli prawo poddawać chorych, powierzonych naszej opiece, niepewnym, a może nawet i ryzykownym próbom[2]) Ograniczyliśmy się wyłącznie do stosowania metody Brehmera-Dettweilera. Leczenie więc pacyentów naszych sprowadzało się do dwóch zasadniczych punktów: jaknajobfitszego używania świeżego powietrza, jaknajobfitszego i jaknajodpowiedniejszego odżywiania. Do tego winniśmy dodać zabiegi wodolecznicze celem zahartowania ustroju, mianowicie: nacierania, które stosowaliśmy u 147 chorych, a następnie u 44 chorych natryski ze stopniowo obniżającą się ciepłotą od 30°C do 10°C w ciągu 20—30 sekund.

Pod postulatem: „używanie świeżego powietrza“ rozumiemy t. zw. werandowanie, które wynosi przeciętnie 6 godzin dziennie, blizko 3 godziny przed i przeszło 3 godziny po obiedzie Po za werandowaniem silniejsi chorzy spędzają stosownie do stanu sił 1—3 godzin dziennie na spacerach z kilkakrotnemi przerwami. Mniej silni przesiadują na ławkach, licznie rozrzuconych w parku. Dodajmy do tego, że prawie wszyscy chorzy z wyjątkiem bardzo wrażliwych lub świeżo do Zakładu przybyłych, sypiają stosownie do pory roku i stanu pogody przy otwartem okienku (*Oberlicht*), lub nawet całych oknach. Używanie więc świeżego powietrza można u nas nazwać względnie stałem; natomiast trudno nam jest przeprowadzić obowiązujące werandowanie w godzinach wieczornych po kolacyi, co bywa praktykowanem w niemieckich i szwajcarskich Sanatoryach. U nas jest ono dotychczas dowolnem. Pacyenci mają, jak powiadają, „dość obowiązkowego werandowania do kolacyi“, są niem ostatecznie znudzeni, zresztą dopominają się o czas wolny na pisanie listów czytanie pism, lub na dozwolone towarzyskie rozrywki we wspólnych salonach. Ze względów psychicznych zatem nie zmuszamy ich do tego. Mimo to jednak podczas pięknych wieczorów letnich i zimowych połowa prawie chorych udaje się na leżalnię dobrowolnie i przebywa na niej blizko do 10 godziny wieczorem.

Co się tyczy odżywiania, odgrywa ono w Zakładzie zakopańskim pierwszorzędną rolę. Kuchnia jest obfita i zdrowa; 5 posiłków dziennie, nadto mleko o godzinie 9 wieczorem. Wogóle mleka i jaj dostarcza się w ilości dowolnej stosownie do życzenia pacyentów. Wyniki odżywiania są bardzo dobre, co wykazuje przyrost wagi w poniżej umieszczonej tablicy II. Zwracamy przytem baczną uwagę nietylko na stany chorobowe, wymagające odpowiedniej dyety, ale uwzględniamy w bardzo szerokich granicach osobiste wstręty lub upodobania pacyentów do pewnych potraw.

Podnosimy z kolei trzeci bardzo ważny punkt leczenia w naszem Sanatoryum, mianowicie nieustającą opiekę i kontrolę lekarską nad pacyentami. Jesteśmy z nimi w ciągłej styczności. Staramy się o to, aby żaden szczegół chorobowy nie uszedł naszej uwagi; żyjemy z nimi ciągle wspólnem życiem; tem samem zdobywamy dokładną znajomość nietylko stanu fizycznego pacyenta, lecz i stanu psychicznego, który odgrywa tak ważną rolę w leczeniu. — Stwarza to warunki życia, bardzo uciążliwe dla lekarzy, lecz bezwątpienia wpływa niezmiernie korzystnie pod każdym względem na pacyentów.

Gdy mowa o stanie psychicznym, pragnęlibyśmy zauważyć, że nudne i monotonne z natury swej leczenie klimatyczne w Sanatoryum, odległem o kilka kilometrów od Zakopanego, wymaga koniecznie rozrywek. Staramy się więc urozmaicać monotonię życia w granicach możliwości. Mamy bogatą czytelnię i już zasobną bibliotekę. W sezonie letnim miewaliśmy co tydzień przedstawienia przejezdnej trupy teatralnej na scenie sali teatralnej Sanatoryum. Miewamy od czasu do czasu koncerty wokalne i instrumentalne artystów, bawiących w Zakopanem, odczyty i t. d Wreszcie największem powodzeniem cieszą się teatry amatorskie, urządzane przez zdrowszych pacyentów, a sprawiające wielką przyjemność zarówno aktorom, jak i widzom. Towarzyska atmosfera jest dzięki tym okolicznościom bardzo dobra i pacyenci sami przyznają, że czują się jakby u siebie.

Z kolei przechodzimy do najważniejszego punktu i do wyników leczenia.

Tutaj kilka uwag: przedewszystkiem wiek pacyentów. Obejmuje on chorych poniżej 10 i powyżej 60 lat. Największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi niemal 47% ogólnej liczby. Dwa połączone okresy 20—30 i 30—40 lat wynoszą 70%. Liczby te nie potrzebują komentarzy; znajdują one dostateczne uzasadnienie w etyologii gruźlicy przy danych warunkach społecznego ustroju.

Uwzględniając obciążenie dziedziczne, jako czynnik powstawania gruźlicy, widzimy z tablicy II, że przeszło 68% chorych jest wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego. W tej kwestyi spornej nie możemy z naszego niedostatecznego materyału wyciągać twierdzących wniosków; sądzimy jednak, że obciążenie nie ma wielkiego znaczenia, jako czynnik usposabiający do powstawania gruźlicy, ani też nie wywiera wielkiego wpływu na przebieg leczenia. Naszem zdaniem bezpośrednie zakażenie gra tu rolę pierwszorzędną

Dla uwidocznienia wyników leczenia podzieliliśmy na-

---

[1]) Jeden miesiąc pobytu uważamy za okres minimalny dla przybliżonej oceny skutków leczenia.

[2]) Prócz zwykłych środków objawowego leczenia stosowaliśmy przy podupadłym stanie ogólnym i niedokrwistości: wstrzykiwania arsykodylu (w połowie przypadków z dodatnim wynikiem), szczawian żelazowy, rozczyn Fowlera; w gruźlicy krtani zalewania 10% oliwą mentolową, zasypywania ortoformem i sozojodolem cynkowym. Chirurgicznie leczone były następujące cierpienia: przetoka rzyci (2), guz gruźliczy skóry (1), ropnie opadowe (5), wypocinę opłucnową (3).

szych pacyentów na 3 kategorye (okresy) według klasyfikacyi Turbana. Klasyfikacya ta grzeszy wprawdzie jednostronnością, bo opiera się wyłącznie na podstawie rozległości zmian w płucach, dostępnych fizykalnemu badaniu, nie uwzględnia zaś innych bardzo ważnych czynników w rozwoju choroby. Lepsza ta, niż żadna. Zresztą jest ona ogólnie przyjętą w niemieckich i szwajcarskich sanatoryach. Termin „wyleczenie“ opuściliśmy zupełnie, gdyż krótki okres istnienia zakładu w Zakopanem nie daje prawa do mówienia o „trwałych“ wynikach, stanowiących kryteryum wyleczenia. Jako dodatni wynik leczenia rozumiemy poprawę stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach, czyli poprawę wyraźną. Poprawę stanu ogólnego bez zmian na lepsze w płucach nazywamy poprawą względną. Tym sposobem otrzymaliśmy 55% wyraźnej poprawy i około 24% względnej. Razem około 80%. Liczba ta jest analogiczną do liczb, otrzymanych w Sanatoryach zachodnio-europejskich. Zaznaczamy jeszcze, że na 59 chorych w III okresie — 10 doznało wyraźnej poprawy, 19 względnej, razem zatem było 50% polepszeń. Liczba ta wydaje się bardzo dużą, ale zostanie omówioną, gdy pokażemy odwrotną stronę medalu. Dla bliższego określenia tych liczb pozwolimy sobie zwrócić uwagę na objawy, będące w ścisłym związku z poprawą stanu ogólnego i miejscowego. Dla stanu ogólnego — waga. Wiemy dobrze, że przyrost na wadze nie świadczy jeszcze o polepszeniu jakości tkanek i sprawności ważniejszych funkcyj ustroju; jednak pod względem klinicznym przyrost na wadze, zwłaszcza u większej liczby chorych, jest jednym z miarodajnych objawów polepszenia stanu ogólnego. Z załączonej tablicy II widzimy, że waga podniosła się u 173 chorych (czyli przeszło u $^3/_4$ ogólnej liczby). Sprowadzony do 100 dni przeciętny przyrost na wadze u jednego chorego wynosi 5.6 klgr. Najmniejszy przyrost wynosił 0,2 klgr., największy 21,6 klgr.; u 13 chorych przyrost na wadze wynosił przeszło 12 klgr. Z drugiej strony 19 chorych straciło na wadze, przeciętnie 2,4 klgr. na 100 dni leczenia; — u 13 chorych waga pozostała bez zmiany, u 22 nieznana z tej racyi, że przez cały czas nie opuszczali łóżka.

Następnie bardzo ważnymi czynnikami poprawy są: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Kocha. Na 91 chorych, którzy przybyli z mniejszą lub większą gorączką, straciło ją w czasie pobytu w Sanatoryum 38 chorych, czyli 41%. Wynik, tyczący się prątków Kocha, był znacznie mniej pomyślny, gdyż na 139 chorych, wykazujących *b. tbc.* po wstąpieniu do Zakładu, znikły one ostatecznie tylko u 15 osób, co stanowi prawie 11%. Co prawda trudno wymagać lepszych pod tym względem wyników wobec krótkiego przeciętnego przebywania pacyentów w Zakładzie (107 dni).

Pozwolimy sobie teraz zwrócić uwagę na ważniejsze powikłania w przebiegu choroby, a mianowicie na gruźlicze zapalenie krtani, na krwioplucia i krwotoki. Na gruźlicę krtani cierpiało osób 29, z tych u 13 pozostała bez zmiany, u 9 nastąpiła poprawa, u 7 wyleczenie; łącząc te 2 razem otrzymujemy dodatni wynik w 55% przypadków.

Krwioplucia i krwotoki zanotowane są w wywiadach o 88 pacyentów (34% ogółu). Podczas pobytu ich w Sanatoryum powtórzyły się krwotoki tylko u 14 pacyentów (18%), ustąpiły zaś u 64, co wynosi poważną liczbę 82%. Natomiast po raz pierwszy pokazały się one w Sanatoryum u 4 chorych, czyli u 2,7% z liczby pacyentów, którzy ich nigdy przedtem nie miewali.

Z pośród innych powikłań notujemy ważniejsze: zapalenie jelit (15 przypadków, w tem 6 stwierdzonych bakteryologicznie), zapalenie ucha środkowego (6), owrzodzenie przegrody nosowej (1), przewlekłe zapalenie otrzewnej (1), ropnie opadowe (6), chłoniaki (3), przetoki rzyci (3), wypociny opłucnowe (3), odma piersiowa (1), diazo (10), białkomocz (6), cukrzyca (2), zapalenie wyrostka robaczkowego (3), wady serca (1), tasiemiec przewiercony (2), nie-

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 10/XI 1902 roku do 30/IV 1904 roku.

Narodowość		Płeć: mężczyzn	Płeć: kobiety	Wiek lat	Wiek osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia	
Polacy . . .	254			1–10	1	Warszawa . Królestwo .	106	3282 5766	9048
Rosyanie . .	11			10–20	42				
Rusini z Galicyi	4			20–30	123	Litwa . . Wołyń . . Podole . . Ukraina . Rosya . .	82		8530
Niemcy . . .	[illegible]			30–40	67				
Francuzi . .	1			40–50	24	Galicya . Bukowina	75		6929
Czesi	1			50–60	14	Ks. Poznańsk. Śląsk pruski	12		1013
Kroaci . . .	1	156	119	ponad 60	4				
Razem . .	275	275		275			275		25520

Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatoryum = 92,8 dnia.

Sanatoryum opuściło . 228
zmarło . . 13
pozostaje w leczeniu 34
Razem . . 275

Liczba dni leczenia, przypadająca na poszczególne prowincye w I i II okresie.

W okresie	War-szawa	Kró-lestwo	Litwa, Wołyń, Podole, Ukraina, Rosya	Galicya, Bukowina	Poznańskie i Ślązk pruski	Razem
I. od 10/XI 1902 r. do 6/VIII 1903 r.	1948	2865	3361	2567	587	11328
II. od 7/VIII 1903 r. do 30/IV 1904 r.	1334	2901	5169	4362	426	14192
Razem	3282	5766	8530	6929	1013	25520
	9048					

dokrewność ciężka z achloryą (1), skrobiawica ogólna (1), gnilne zapalenie oskrzeli (1).

Z zebranych liczb i faktów należy wyciągnąć pewne wnioski ogólne. Materyał nasz należy uważać wobec ogólnej liczby polepszeń (80%) za bardzo dobry. Ogromna liczba wyraźnej poprawy w I i II okresie wynik ten uwydatnia. Jeszcze jaskrawiej występuje liczba 50% polepszeń w III okresie. Ale to jedna strona medalu. Pozostaje odwrotna, tycząca się właśnie owego III okresu. W ogólnej liczbie 275 chorych mamy 20 pacyentów obojga płci, których stan ogólny i miejscowy w chwili przybycia do Sanatoryum był poprostu rozpaczliwy i wykluczał wszelką nadzieję choćby tylko chwilowej poprawy. Wszyscy że polepszenie w płucach nie zawsze pociągało za sobą polepszenie w krtani, co zresztą spostrzegać się daje we wszelkich klimatach.

Podnosimy jeszcze jeden ważny punkt, dotyczący naszego klimatu. Nieraz daje się słyszeć, że lekarze przestrzegają swych pacyentów przed spędzaniem wiosny w górach z racyi jakoby dokuczliwych wiatrów i zmiennej pogody. Nasze spostrzeżenia obaw tych bynajmniej nie potwierdziły. Nabraliśmy przekonania, że wiosenne miesiące nadają się do klimatycznego leczenia równie dobrze, jak wszystkie inne. Np. w ostatnich dwóch latach marzec i kwiecień odznaczały się równą temperaturą, brakiem wiatrów i większą ilością dni słonecznych, niż jakikolwiek inny miesiąc w roku.

Tablica II.

Wyniki leczenia u 227 chorych (za czas od 10/XI 1902 r. do 30/IV 1904 r.). 227 chorych (w tem mężczyzn 126, kobiet 101) leczyło się ogółem 24,376 dni, co daje przeciętną dni leczenia 107 na jednego chorego. U chorych tych prócz leczenia klimatyczno-dyetetycznego stosowano zabiegi wodolecznicze, a to: nacierania u 147, nacierania i natryski u 44 chorych

Wiek chorych		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki	Waga sprowadzona do	Wyniki leczenia					
									poprawa				
lata	liczba osób	rodzaj	liczba osób	rodzaj	liczba osób	liczba osób	100 dni	Okresy	wyraźna	względna	bez zmiany	pogorszenie	Śmierć
1—10	1	0^1	50	F przyjazd:	68	+ przyjazd: 139	173 chorych przybrało przeciętnie 5,6 klg. (³)	na 84 osób I okres	59	21	3	1	0
10—20	34	0^2	4	F odjazd:	38	+ odjazd: 124	19 chorych straciło przeciętnie 2,4 klg.						
20—30	106	0	17	f przyjazd:	23	— przyjazd: 88	u 13 waga została bez zmiany	na 84 osób II okres	56	16	5	6	1
30—40	54	bez	155	f odjazd:	15	— odjazd: 103	u 22 waga nieznana						
40—50	20	?	1	bez przyjazd:	136			na 59 osób III okres	10	19	9	12	9
50—60	10	(¹)	—	bez odjazd:	174								
>60	2	—	—	(²)									
Razem osób	227	osób	227				osób 227	osób 227	125	56	17	19	10

(¹) 0^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców,
0^2 „ „ „ „ „ obojga rodziców,
0 „ „ „ „ „ krewnych lub rodzeństwa.

(²) F oznacza gorączkę ponad 38° C (w ustach),
f „ „ poniżej 38° C „

(³) Przybrało na wadze: od 0—1 klg. 13 osób
„ 1—3 „ 36 „
„ 3—6 „ 54 „
„ 6—9 „ 39 „
„ 9—12 „ 18 „
„ >12 „ 13 „
Razem 173 osób.

wkrótce zmarli, niektórzy w Zakładzie, inni u siebie w domu. Fakty te podkreślamy i poddajemy pod światłą rozwagę Szanownych pp. Kolegów, którzy, wysyłając chorych, muszą mieć przedewszystkiem na widoku, czy wogóle istnieje jeszcze możność poprawy ich zdrowia. Jeśli możność ta jest całkowicie wykluczona, lepiej jest, zdaniem naszem, pozwolić im spędzić ostatnie chwile życia u siebie, w gronie rodziny lub osób blizkich, niż narażać na bezcelową, a nieraz wprost szkodliwą podróż do Sanatoryum.

Chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na niektóre objawy dodatnie w przebiegu leczenia w naszem Sanatoryum, a to ze względu, że klimat wysokogórski, będący przedmiotem tylu dotąd jeszcze niewyczerpanych polemik, niesłusznie bywa uważanym za szkodliwy dla pewnych powikłań gruźlicy. Mamy tu na myśli: gruźlicę krtani i krwotoki. Ze zdaniem tem niejednokrotnie spotykaliśmy się u lekarzy; za nimi powtarzają je już zupełnie bezkrytycznie sami pacyenci. Wręcz przeciwne zdanie wygłaszają kierownicy Sanatoryów wysokogórskich na podstawie dłuższego doświadczenia. Takiem szczycić się wprawdzie jeszcze nie możemy: jednak przytoczone powyżej liczby świadczą, że klimat nasz nie miał stanowczo wyraźnego wpływu na krwotoki, z drugiej zaś strony w szeregu przypadków wcale nie przeszkadzał poprawie, a nawet wyleczeniu krtani pod warunkiem, aby jednocześnie i stan ogólny i stan płuc podążał do poprawy, lub do wyleczenia. Zbytecznem jest chyba dowodzić,

Niech nam wolno będzie podzielić się małem spostrzeżeniem, które zrobiliśmy przy systematycznie i wielokrotnie powtarzającem się badaniu chorych: klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach, po zajęciu takowych zaś dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Nie zawsze tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszczą się w prawem płucu z tyłu na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewem płucu z przodu w 2-im i 3-im przestworze międzyżebrowym w blizkości mostka. Chory z ogniskami tak umiejscowionemi stanowili 25% ogółu naszych pacyentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III okresu, w którym zazwyczaj rysunek ognisk przestaje być wyraźnym z powodu ich zlewania się. Ilość ta zatem jest bardzo znaczna. Ogniska te występują bądź oddzielnie, bądź jednocześnie u tego samego chorego. Kładziemy jeszcze nacisk na to, że w przypadkach, o których mowa, szczyty były albo prawidłowe, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy we wspomnianych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy. Zauważyliśmy, że ogniska te były bardzo uporczywe, że w przebiegu pomyślnym sprawy płucnej poprawiały się znacznie wolniej, niż inne miejsca. W szczytach miewaliśmy nieraz już tylko nieznaczne zmiany oddechowe, gdy tu niejednokrotnie utrzymywały się jeszcze liczne wilgotne lub dźwięczne rzężenia, oddech mocno oskrzelowy i t. d., które to objawy ustępowały bardzo powoli. Naod-

wrót w zwykłym przebiegu sprawy płucnej ogniska te występowały na pierwszy plan, wyprzedzały objawy szczytowe, postępowały i rozwijały się szybciej. Trudno powiedzieć, czemu należy przypisać ten objaw patologiczny. Być może, że znajduje się on w związku z początkowem umiejscowieniem sprawy w gruczołach oskrzelowych płuc. Będziemy się starali do zrobionego przez nas spostrzeżenia gromadzić dalej fakty.

W przebiegu sprawy płucnej spotykaliśmy często (15,4%) suche zapalenie opłucnej z przebiegiem bez- lub podgorączkowym, raz ograniczone na nieznacznej przestrzeni kilka centymetrów □, to znów szeroko rozsiane, nieraz odległe od głównych ognisk chorobowych; czasem o charakterze dziwnie znikomym, gdyż po kilku godzinach już nie można się było dosłuchać śladów wyraźnego przedtem tarcia.

Na zakończenie naszego sprawozdania uważamy za obowiązek zastrzedz się, że otrzymanych w Sanatoryum wyników nie uważamy za ostatnie słowo klimatycznego leczenia. Rozporządzaliśmy niewielkim materyałem i przez czas zbyt krótki. Pracujemy jednak z tem przeświadczeniem, że medycyna dzisiejsza nie rozporządza lepszymi środkami i że otrzymane wyniki, biorąc pod uwagę krótki [3]) przeciąg leczenia u nas, powinny zadowolnić i umocnić w zaufaniu tych kolegów, którzy nam poruczają swych pacyentów. — Kładziemy duży nacisk na to, że otrzymaliśmy znakomite wyniki u tych chorych, którzy mieli dość siły woli i cierpliwości, aby poddać się dłuższemu leczeniu przez 6, 7, 8, a nawet i kilkanaście miesięcy. Ci wyszli w zupełnie prawidłowym stanie zdrowia i mamy nadzieję, że zatrzymają w całej pełni zdobyte w Sanatoryum wyniki, zwłaszcza, że przeszli u nas przez szkołę higieny, która dała im podstawę do dalszego umiejętnego pielęgnowania zdrowia. Oni też powinni być przykładem dla lekkomyślnych towarzyszy niedoli, którym brak dostatecznej wytrwałości do prowadzenia klimatycznego leczenia.

[3]) Przeciętny pobyt jednego kuracyusza u nas wynosi 107 dni, gdy w niektórych sanatoryach zagranicznych przeszło 2 razy więcej.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 1 b. m. posiedzenie, na którem kol. prof. Kader wraz z asystentami klinicznymi przedstawił szereg rzadszych przypadków, operowanych w klinice krakowskiej.

* Z łaskawie nadesłanego nam „Sprawozdania z czynności pracowni chemicznej miejskiej w r. 1903“ wynika, że w jakości głównych materyałów spożywczych (nabiału i pieczywa) Kraków nie czyni najmniejszego postępu; do tego smutnego przeświadczenia doprowadza „Sprawozdanie“, w którem p. Docent Dr. Lemberger zestawił liczbowe wyniki swej działalności w r. 1903 z wynikami badań środków spożywczych w dwóch latach poprzedzających.

Na 507 próbek mleka było złych 101, na 791 masła — 91. Mleko, sprzedawane za niezbierane, bywa przeważnie pozbawione częściowo śmietanki, rozlane zwykłą wodą, albo zaprawione dwuwęglanem sodowym w celu zapobieżenia kiśnieniu. Wiadomo, że tłuszcz w mleku, a tem więcej w śmietance, stanowi główny ich składnik; p. docent Lemberger słuszną podnosi skargę, a wypowiadał on ją i przy poprzednich sprawozdaniach, że jak długo władza nie wyda ustawy normującej odsetek tłuszczu w mleku i śmietance, tak długo nie będzie rzeczą możebną pociągać niesumiennych dostawców nabiału do karnej odpowiedzialności. Pomimo że projekt do takiej ustawy wypracował p. Docent Lemberger jeszcze w r. 1901, nie został on niestety do tej pory wprowadzony w życie. Na 791 próbek masła było, jak powiedzieliśmy, złych 91: wliczone tu są domieszki margaryny, zawartość obfita wody, oszukańcze układanie masła w garnkach z górną tylko warstwą dobrego masła świeżego, a zjełczałego lub margaryny w pokładach dolnych. Dodać do tego należy, że masło targowe jest najczęściej zanieczyszczone rozmaitemi substancyami, które wywołują szybki jego rozkład. Jakość zatem nabiału na krakowskim targu pozostawia ciągle jeszcze wiele do życzenia: p. chemik miejski robi w swem sprawozdaniu gorące wezwanie do Magistratu, ażeby złemu zaradził przez wydanie odpowiednich przepisów i zarządzeń w myśl jego projektów regulaminu z r. 1901.

Na 237 prób pieczywa okazało się ono złem 223 razy: zazwyczaj mąka była nieodpowiednią, spleśniałą i stoczoną; często zawierała ciała obce, jak stonogi, mączniki, myszy, odłamki szkła, zapałki, sznurki, papier i t. d. Wyniki badań pieczywa świadczą wymownie za tem, że wyrabianie jego i przechowywanie mąki ma miejsce w wilgotnych, zaśmieconych, jak je sprawozdawca nazywa „norach“, gdzie już nie o higienę chodzi, lecz o codzienne pojęcia pospolitej czystości. W sieniach, w których wystawia się wyrobione ciasto przed pieczeniem odbywa się jednocześnie zamiatanie, nosi się węgle, wynosi się w koszach śmiecie, wpada kurz z ulicy i t. d.

O wynikach badania innych produktów spożywczych dla braku miejsca przemilczamy, zaznaczając tylko, że „Sprawozdanie“ p. chemika miejskiego jest właściwie a tem oskarzenia dla zarządu miasta, który w ciągu ostatnich trzech lat nie zdołał ulepszyć opłakanego stanu na targu krakowskim, nie zdobył się nawet na uchwalenie ustawy targowej, do czego miał wypracowany projekt przez chemika miejskiego. Rozgoryczenie musi się udzielić i ogółowi, który dopatruje w braku sumiennego wykonawstwa władzy lekceważenia najwyższego skarbu obywateli — ich zdrowia.

* Na ostatnim Kongresie przeciwgruźliczym powzięto między innemi następujące uchwały: najskuteczniejszym warunkiem walki z gruźlicą jest obowiązkowe donoszenie władzy o wszystkich jej przypadkach; niezbędnem jest: 1) pouczanie publiczności o zasadach higieny w życiu codziennem; 2) zaprowadzenie ścisłej statystyki we wszystkich krajach; 3) uregulowanie międzynarodowych kongresów przeciwgruźliczych, z których najbliższy zbierze się w Paryżu w mies. październiku 1905 r.; 4) uzupełnienie statutu w tym kierunku, ażeby towarzystwa przeciwgruźlicze weszły z sobą we wzajemny stosunek na wzór istniejącego między akademiami umiejętności; 5) każdy kraj powinien mieć jednego delegata, który ma czuwać nad nauką elementarnej higieny w szkołach, nad egzaminem z higieny po ukończeniu szkół, oraz nad egzaminami z higieny w uniwersytetach.

* Czasopisma niemieckie podnoszą, że wybranie Dr. Panny Józefy Joteykówny zastępcą prezesa Towarzystwa neurologów w Brukseli jest pierwszym tego rodzaju odznaczeniem kobiety na lądzie europejskim.

* Tegoroczny międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli od 30 sierpnia do 3 września.

* Międzynarodowy Zjazd oftalmologów zbierze się w Lucernie między 13 a 17 września b. r.

* Prof. Reverdin opowiada o jednym przypadku łożyskożerstwa (*placentophagia*) z własnej praktyki: położnica błagała, ażeby przyniósł do jej pościeli łożysko; zaledwie temu życzeniu stało się zadość, chciwie odgryzła ona kawałek łożyska i zjadła. Łożyskożerstwo ma być rzadszym objawem histeryi.

* Nakładem firmy »Urban i Schwarzenberg« poczęło wychodzić nowe czasopismo w Berlinie p. t. »Centralblatt für normale und pathologische Anatomie mit Einschluss der Mikrotechnik.«

* Ortopedyczny Instytut w Bolonii rozpisał konkurs im. Humberta I-go w kwocie 3500 fr. za najlepszą pracę lub najlepszy wynalazek z zakresu ortopedyi. Do konkursu dopuszczeni są cudzoziemcy. Prace należy przesłać przed ostatnim grudnia 1904 roku pod adresem Dr. Rud. Silvani w Bolonii.

* Między 24 a 30 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (3 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (6 gm.), skałackim (2 gm.), śniatyńskim (3 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim (1 gm.) tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), złoczowskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Ospę stwierdzono w trzech gminach powiatu kolbuszowskiego.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bartholow, b. profesor farmakologii — w Filadelfii. Dr. Vincentiis profesor okulistyki — w Neapolu. Kajetan Sikorski, lekarz powiatowy w gubernii samarskiej, zmarł w 65 r. życia. Ignacy Bobkiewicz, lekarz miasta Morszańska, zmarł w 42 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny. Rzętkowski: Miażdżyca aorty wywołana u królików przy pomocy dożylnych wstrzykiwań adrenaliny.

— *Medycyna* Nr. 22. Jankowski: Przyczynek do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzusznego. Sterling: O porażeniu astenicznem (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 11 zawiera: Ubezpieczenie lekarzy. — Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi. — W sprawie alkoholizmu. — Taryfa lekarska. — W sprawie lekarzy więziennych. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Kasa chorych lekarzy. — Popieranie krajowych wytworów. — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 5. L. Korczyński: Zarys organizacyi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. — Zakład leczniczy Dr. A. Chramca w Zakopanem.

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 5. Skórczewski: Stosunki sanitarne w zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi. — Szczawnica. — Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Syllaby: Serum krevni u bledničky (dok.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.). Krlin: Příspěvek k odstranění technických obtíži při subkutannich paraffinových prothésách.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5. Helbich: Idiopathický třes duhovky. Bizek: Vnitřní léčeni processů zánětlivých (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 42. Trémolières: Zaburzenia czucia. Świąd. Martinet: Ból głowy jako objaw; jego leczenie.

— Nr. 43. Rosenthal: Niewydolność oddechowa. Leczenie jej gimnastyczne i drogą ćwiczenia. Hamaides: Promieniotwórczość (*radio-activité*) wody zdrojowiska Plombières.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Landau: Nowy tamujący krew środek *(staynin)*, wynaleziony drogą autolizy śledziony. Brandt: Przyczynek do chirurgii jamy ustnej. Hirschfeld: Przypadek śmiertelnego krwotoku żołądka w następstwie tętniaka włosowatej tętniczki błony śluzowej żołądka. Rosenfeld: Proces tłuszczenia. Litthauer: Przypadek zatoki żylnej w oczasznej Heim: Kliniczne badania „biosonu", połączenia białka, żelaza i lecytyny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 22. Kreid i Mandl: O przechodzeniu uodporniającej hemolizyny z płodu na matkę. Bartel: Różniczkowe rozpoznanie między guzowatemi wybujałościam wątroby a licznymi tworami gruczołowatymi. Salzer: O otwartym uchyłku Meckela. Kapralik: Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny, wprowadzonej do dróg narządu oddechowego (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Frank: Bezpośrednie badanie tonów serca. Vogel: Zapalenie katnicy z owrzodzeniem. Knecht: Działanie salicylanu sodowego na narząd moczowy. Fraenkel: O następstwach operacyi przepukliny metodą Bassiniego. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera. Buri: Przesadna obawa przed chloranem potasowym. Lindenthal: Podręczne trzymadło nóg. Hegar: Czy każde świeże rozdarcie międzykrocza musi być zeszywane?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 23. Meinicke: Wartość wytwarzania się hemolizyny mątwika *(vibrio)* dla praktycznego celu rozpoznawania cholery. Rappaport: Mechanizm uodporniania tuberkuliną. Steinitz i Weigert: Demineralizacya a gruźlica. Poly: Oznaczanie molikularnego zagęszczenia krwi i moczu w obustronnem schorzeniu nerek. Voeckler: Przyczynek do kazuistyki plamicy charłaczej. Böcker: Przypadek wolnych ciał stawowych w obu stawach kolanowych z obustronnem nawykowem zwichnięciem rzepki na zewnątrz Katzenstein: Nowy sposób badania czynności serca (dok.).

Redakcya otrzymała: Biłgorajski: Protylin Roche und dessen Eisen- und Bromkombinationen. Gerhartz: Beitrag zur Phosphor-Behandlung gewisser Krampfformen der Kinder. Lud. Korczyński: Zarys organizacyi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. — Sprawozdanie z czynności lwowskiego Towarzystwa ratunkowego za rok 1903. Serkowski: Nowe prądy w zakresie higieny mleka. Michalski: Bacillus conjunctivitidis subtiliformis.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 22 (od 29/V do 4/VI) **urodziło się** dzieci żywo: chł. 35, dz. 27; nieżywo: chł. 1, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 14; zamiejscowych: męż. 9. kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 6. ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 3, ob. —. **Razem** miej. 29, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą“).
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa“).

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan“).
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**

LW. 49.009/904.

Konkurs

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Bochni.

Kandydaci powinni najpóźniej do końca czerwca 1904 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 roku życia;

b) dowodu obywatelstwa austryackiego;

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej, upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca 1.000 koron rocznie.

We Lwowie dnia 1 Czerwca 1904.

Piotrowski.